Anno XXIV. *Roma, 24 giugno 1917* Fasc. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Riviste sintetiche: G. Turtur: Ipertrofia della tonsilla linguale e sua importanza nella pratica. — **Osservazioni cliniche:** E. Soprano: Circa un rarissimo caso di rottura dell'aorta. — **Note e contributi:** E. Guangiroli: Considerazioni pratiche sulla diagnosi di polmonite. — **Servizi sanitari:** E. Tramontani e P. Rusca: Cura e profilassi della tigna nell'esercito. — Riforma ed incapacità dei soldati affetti da neuro psicosi. — **Medicina sociale:** I. Romanelli: Alcuni aspetti delle Assicurazioni Malattie.— **Accademie, Società mediche, Congressi:** XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia. — R. Accademia Medica di Roma. — Riunioni medico-chirurgiche d'Armata della Zona di Gorizia.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Una causa poco conosciuta delle neuralgie del trigemino. — La paralisi ricorrente del facciale e l'emicrania facioplegica. — TERAPIA: Il trattamento di certe malattie da protozoi con il tartaro emetico. — Soluzioni indolori di cloruro di zinco — NOTE DI TECNICA: Determinazione dell'acetone ed acido aceto-acetico nell'urina. — MEDICINA SCIENTIFICA: Il ciclo dell'infestione da Ascaris. — L'ospite intermediario di Schistosomum japonicum. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Condotte e concorsi.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

RIVISTE SINTETICHE.

Ipertrofia della tonsilla linguale e sua importanza nella pratica

per il Prof. GIUSEPPE TURTUR, docente otorinolaringoiatria e direttore dell'ambulatorio dell'Ospedale Fate-Bene-Fratelli in Roma.

NOTE CLINICHE.

La patologia di quell'aggruppamento di follicoli linfoidi situati alla base della lingua, noto sotto il nome di *«tonsilla linguale»*, è assai poco conosciuta dai pratici, sia perchè gli stessi trattati di specialità ne parlano assai poco, sia perchè la sintomatologia delle sue affezioni si attribuisce spesso ad altra causa. E non va neppure taciuto che fra gli stessi specialisti otorinolaringologi non sempre si ha una nozione esatta dei disturbi inerenti alle sue alterazioni, per cui non si porta attenzione sulla regione e spesso si sbaglia strada. Lo confermano le così dette *faringiti croniche* senza evidente reperto obbiettivo, ribelli a qualsiasi trattamento perchè irrazionale ed in cui la pazienza dei malati viene messa a dura prova. Non mancano certo in Italia osserva-

zioni isolate ma queste non possono capitare nelle mani di tutti e sa lo scrivente, che si è occupato lungamente di questo argomento, quanto poco rappresenta sia nella bibliografia relativa la produzione italiana (1).

Il saperne qualche cosa mi sembra indispensabile per tutti, specialmente per i pratici i quali, distratti dal diuturno estenuante lavoro delle condotte o dell'esercizio professionale libero, non possono dedicare molto tempo ad istruirsi su questi argomenti che, a prima vista, sembrano di secondaria importanza.

Non è qui il caso di fare neppure un accenno su tutta la patologia di questa tonsilla; chi ne avesse interesse può consultare forse con profitto la monografia suaccennata; invece mi fermerò, in questa breve nota, ad accennare ad alcuni fatti che hanno importanza nella clinica pratica, desumendoli da storie d'infermi capitati alla mia osservazione.

La sede, la disposizione dei follicoli, la costituzione, evoluzione e patologia di essi hanno permesso di stabilire un rapporto d'identità cogli altri gruppi linfatici, costituenti l'anello perifaringeo (tons. faringea, palatina, linguale, laringea e gruppi accessori); è da notare però che lo sviluppo della tonsilla linguale è indipendente da quello degli altri gruppi ed è legato più alla costituzione peculiare dell'individuo che alla sua età. Se ne desume che di fronte ad un malato adulto che non presenta ipertrofia della tonsilla palatina, o faringea, nè adenopatie cervicali, quasi sempre legate all'infiammazione di queste glandole, ma ha dei disturbi riferibili alla tonsilla linguale, non si può dedurre che questa sia allo stato normale od in via di atrofia, come le altre, perchè, al contrario, può presentarsi abnormemente sviluppata. Ed un'altra norma utile nella pratica scaturisce dalla conoscenza anatomica dei varii aspetti che i follicoli linguali possono assumere nei diversi individui, ed è questa: nella osservazione della regione occupata dalla tonsilla linguale occorre quasi sempre lo specchietto laringeo a luce riflessa; per i pratici, non familiarizzati con questa indagine, è preferibile osservare a luce diretta deprimendo fortemente la base della lingua col manico di un cucchiaio; con questo metodo è possibile esaminare tutta la regione ed anche l'epiglottide, specialmente durante i movimenti riflessi provocati dalla presenza del cucchiaio nella retrobocca.

Di tutte le affezioni, comuni alla altre tonsille, la più frequente è l'ipertrofia (*tonsillite catarrale cronica ipertrofica*), accompagnata o no da alterazione simile delle altre tonsille, sia nei bambini sia negli aduti; e specialmente in questi ultimi essa assume una importanza straordinaria in alcuni casi.

L'*etiologia* è comune a quella delle altre glandole (diatesi reumatica, gottosa, uricemica, irritazioni varie per inalazioni di polveri, gas, per eccesso nel fumare, ecc.), ma troppo spesso dipende da uno sforzo della voce (oratori, cantanti, professionisti e dilettanti). Recentemente in connessione col progresso degli studii endocrinologici i quali hanno in Italia valorosi cultori (Pende, Poppi, Masini, ecc...) fu emessa l'ipotesi che anche la tonsilla linguale partecipasse con una secrezione interna al complesso ufficio di questo sistema e che la ipertrofia di essa potrebbe essere un indice di squilibrio funzionale fra uno o più gruppi di glandole che costituiscono il sistema endocrino. Pur essendo nel campo delle ipotesi, per la pratica è utile la conoscenza di questo concetto, il quale deve essere sempre presente specie quando la storia clinica fa rilevare sintomi od alterazioni riferibili ad una ipo o iperfunzione di qualche gruppo endocrino (tiroide, ipofisi, timo, glandole surrenali, prostata, testicolo, ovaio, ecc.). L'*anatomia patologica* in questa forma non ha rilevato nulla che non sia stato riscontrato nelle alterazioni consimili delle altre tonsille.

Dalla *sintomatologia* invece scaturiscono osservazioni importanti per la pratica.

Obbiettivamente, talvolta solo deprimendo la lingua, si rileva alla base un tumore lobulato, di colore rosso, costituito da varii follicoli ipertrofici, intersecati da solchi più o meno profondi, o da vasi ectasici e ricoperto da secreto mucoide; molto più frequentemente però, per mezzo dello specchietto laringeo, si rileva l'aumento di volume uniforme di tutto lo strato linfoideo; altra volta fra quelli ingrossati vi sono follicoli allo stato normale variamente disseminati; infine l'ipertrofia può limitarsi a pochissimi follicoli, eppure essere sufficiente a provocare i noti disturbi.

I *sintomi funzionali* sono variabilissimi: sensazione di corpo straniero o di stiramento alla gola, dolore, difficoltà nel deglutire, nausee, bisogno di liberare continuamente la gola di qualche cosa che la occlude e che provoca sforzi continui di raschiare, sensazione di globo isterico e disturbi riflessi varii, locali od a distanza (asma, nevralgie, lipotimia).

Fra tutti i sintomi quello che richiama maggiormente l'attenzione e spaventa il malato è

---

(1) Cfr.: TURTUR. *Anat. e Pat. della tons. linguale*. Tip. Campidoglio, Roma.

la *tosse*. È una tosse secca, insistente, stizzosa che sopravviene ad accessi con maggior frequenza la notte, che produce una vera scialorrea confusa talvolta dal malato con una espettorazione bronchiale e che, essendo ribelle ai comuni rimedii lo sfinisce moralmente e fisicamente. Di fronte ad un soggetto un po' denutrito, che soffre da molto tempo, che non riesce a poter calmare questo penoso disturbo nonostante l'uso lauto di calmanti ed i consigli di colleghi distinti, uno di noi potrebbe essere trascinato ad ammettere per lo meno in forma dubitativa una probabile tubercolosi incipiente.

Ed è questa circostanza, verificatasi in confronto di uno dei più distinti colleghi, che mi ha spinto a scrivere questa breve nota. Ecco in breve la storia.

Si trattava di una signora trentenne, libera da qualsiasi tara ereditaria, sana precedentemente, maritata con un uomo sano, dal quale aveva avuto un bambino che è in floridissime condizioni. Recentemente una gravidanza ebbe esito abortivo e la signora dovè subire un atto operativo (raschiamento dell'utero) senza narcosi. Da allora non si sentì più bene, un senso di sfinimento la invase, dimagrì eccessivamente, e cominciò ad essere tormentata da accessi spasmodici di tosse di cui era impressionatissima. È da premettere che la signora si dilettava a cantare e che qualche colpo di tosse l'aveva sempre avuto in precedenza.

Tutti i rimedi escogitati non avevano potuto calmare la tosse insistente, cosicchè nell'estate scorsa fu consigliata ad andare in campagna dove soggiornò due o tre mesi. Quivi si sentì rinfrancata, aumentò di 3 Kg. ed anche la tosse si era calmata. Al ritorno a Roma questa era tornata insistente, ribelle, tanto che il medico di famiglia sulla cui competenza non vi è alcun dubbio, dopo un esame accurato pensò che la tosse dovesse attribuirsi a qualche localizzazione incipiente dell' apice, sebbene non vi fossero sintomi evidenti.

Turbati dal solo accenno della possibilità di un tal morbo, i famigliari mi invitarono ad esaminarla ed io ebbi l'opportunità, esclusa mediante un'anamnesi accurata e l'esame obbiettivo la esistenza di sintomi polmonari sospetti, di constatare che la tosse violenta e stizzosa era presumibilmente dovuta ad ipertrofia della tonsilla linguale. Questa infatti era arrossata, aumentata di volume, ed il margine superiore dell'epiglottide era come sormontato dai follicoli ipertrofici, i quali nei movimenti della respirazione e della deglutinazione, esercitando uno stimolo continuo, determinavano gli accessi di tosse. Scoperta la causa fu facile ricondurre l'inferma a descrivere meglio le sensazioni ed i sintomi provati ed ella allora mi raccontò, messa sulla strada, tutto quello che in questi casi si suole riscontrare (sensazione di bolo, dolore in corrispondenza del gr. corno dell'osso ioide da una parte sola, salivazione abbondante, inceppo nel deglutire e nel parlare, ecc.....). Una opportuna cura locale, come pure la cocainizzazione della base linguale fatta di tanto in tanto, fece cessare quasi del tutto la tosse: solo di notte qualche volta si ripetono gli accessi accompagnati da una sensazione di spasmo laringeo.

Particolarmente importante per l'etiologia è il fatto che la signora, dopo il raschiamento, accusava sintomi di alterato funzionamento dell'ovaio (fra i quali metrorragie abbondanti periodiche); non meno importante è pure che una sorella della signora, maritata e sana, è affetta da una lieve ipertrofia tiroidea e da sintomi che da altro collega furono attribuiti ad una deficienza pluriglandolare.

Ed a questo proposito mi pare utile accennare un altro caso d'ipertrofia della tonsilla linguale in cui è probabile che l'aumento di volume fosse sintomo compensativo di deficienza di altre glandole. Una gentildonna di circa 50 anni, anch'essa immune da precedenti importanti, fu dovuta operare circa trè anni or sono di asportazione non so se unilaterale, di una cisti ovarica, sopportò bene l'atto operativo e ne guarì; ma, dopo qualche tempo, cominciò ad avvertire oltre a vampe di calore al viso, senso di bolo, difficoltà nel parlare, senso di strettezza al collo ed abbassamento della voce. Alla base della lingua fu constatato un tumore voluminoso costituito dalla tonsilla rapidamente, dopo l'atto operativo, aumentata di volume e con tutte le caratteristiche che abbiamo descritte. Nella supposizione che si trattasse di un tumore maligno fu da un collega estero asportato; l'esame microscopico dimostrò infondato il sospetto. All'atto operativo seguì attenuazione dei sintomi penosi ma per poco tempo. La paziente, che aveva un ufficio importante in cui doveva esplicare generosamente la sua non comune attività oratoria, dovè nuovamente abbandonare il posto. Io la osservai circa 9 mesi dopo che aveva subita l'asportazione e le successive cauterizzazioni e constatai che lo strato linfatico della base linguale era scomparso. Ma ho saputo che, dopo qualche mese, la signora si è nuovamente

recata dal chirurgo che l'aveva operata prima ed è stata sottoposta ad una nuova asportazione dei follicoli della base della lingua.

Particolare importante: nonostante l'enorme volume della tonsilla linguale, in questo caso non si è avuta mai tosse.

Mi son deciso a pubblicare questo riassunto perchè mi è sembrato che si potesse ritrarre qualche utile da queste brevi note, che sono rivolte specialmente ai pratici non specializzati.

Esse dimostrano ancora una volta come sia sentito il bisogno di una completa cultura su tutti gli argomenti che interessano la pratica per arrivare, sin dove è possibile, ad una esatta diagnosi e ciò anche nell'interesse del prestigio professionale che da una patente discordanza di apprezzamento può derivarne.

La questione della correlazione funzionale fra le varie glandole a secrezione interna è ancora allo studio e sarebbe azzardato fondare delle teorie su osservazioni singole: però non si può tacere che i casi da me illustrati forniscano un materiale di studio importante a favore della ipotesi così brillantemente sostenuta dal nostro Poppi in una recente monografia.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Circa un rarissimo caso di rottura dell'aorta.

SOPRANO EDUARDO,

maggiore medico, direttore dell'ospedale da campo n. 229, in zona di guerra, già Comandante di Sezione di Sanità.

La rarità davvero eccezionale del caso verificatosi nella mia sezione di sanità il 6 dicembre ultimo mi spinge a portarlo a conoscenza di tutti per quanto, ne sono pienamente sicuro, la diagnosi di tale affezione non potrà mai essere stabilita al momento della morte.

Ecco in poche righe come si è presentato il caso:

Il soldato della classe 1880, G... G..., appartenente alla ... centuria, il mattino del 6 dicembre, annunziatosi ammalato presso il suo reparto, discese verso le ore 9 a piedi dal Summano, ove era addetto colla sua centuria ai lavori difensivi, e presentatosi alla visita in sala di medicazione presso la Sezione accusò dolori vaghi all'ufficiale medico di servizio, il quale lo trattenne per ospedalizzarlo per forma reumatica.

Verso le ore 11 attendendo in sala di medicazione di essere ospedalizzato e mentre chiacchierava con altro militare, impallidì e cadde a terra rimanendo all'istante cadavere.

La rapidità della morte che, data la giovine età (36 anni) e la robustezza dell'individuo, non poteva far credere ad una morte per emorragia cerebrale ma al massimo far sospettare la rottura di un aneurisma aortico, il dubbio sorto in me, per essersi già verificato il giorno precedente nelle truppe della Divisione un caso di meningite cerebrospinale clinicamente certo, che non potesse escludersi nel caso del G. G. uno di quei casi di meningite latente e fulminei, che qualche volta vi verificano in tempi di epidemia, mi spinsero a chiedere alla Direzione di Sanità del Corpo d'Armata che fosse eseguita un'accurata autopsia per poter chiarire la causa della morte.

L'autopsia fu infatti praticata dal maggiore medico dott. Guizzetti, professore titolare di anatomia e patologia, con la competenza che gli veniva dalla sua lunga carriera di insegnante di tale branca.

Fu rilevato alla necroscopia quanto segue:

Individuo dell'apparente età di anni 35, di robusta costituzione fisica, ben nutrito e ben conservato. Colorito normale. Aperta la scatola cranica ed eliminato subito il sospetto della possibile forma meningea, si constatò integrità completa delle meningi e di tutti i vasi cerebrali i quali presentavano caratteri normali senza nessun accenno di alterazione anatomopatologica. Nulla di importante nella sostanza cerebrale.

La capsula e i nuclei centrali integri. Nulla di anormale al cervelletto, istmo e midollo allungato. Non si riscontrò esistenza di neoproduzioni sifilitiche o tubercolari nella massa cerebrale e cerebellare, nè si rilevò la menoma traccia di endoarterite specifica o di arterosclerosi nei vasi cerebrali.

Gli organi cavitarii tutti dell'addome erano sani e non presentavano che soltanto una lieve iperemia da stasi conseguente alla lesione riscontrata e che fu causa della morte.

All'apertura del torace l'apparecchio respiratorio si presentò completamente integro ma non così quello cardio-vascolare. A prima vista si rilevò subito che la cavità pericardica era distesa, ingrandita e conteneva del sangue ed infatti apertala si notò che conteneva più di un mezzo litro di sangue coagulato in grossi grumi, che circondavano e comprimevano completamente il cuore.

Vuotato il sacco pericardico si sezionò il cuore, che presentò integrità di tutti gli apparati valvolari, lieve ipertrofia del ventricolo sinistro, nonchè lieve stato di anemia del miocardio causato evidentemente dalla compressione per l'emopericardio abbondante.

Estendendo poscia l'ispezione all'origine dei grossi vasi si notò una infiltrazione ematica estesa a tutto lo spessore delle pareti dell'aorta e diffusa anche allo strato lasso di connettivo che circonda l'origine dell'aorta e della pulmonare: tale chiazza di infiltrazione era poco più grande di una moneta di argento da cinque lire.

Nella zona suddetta compresa in quella parte del pericardio che forma come un manicotto ai grossi vasi, a circa due centimetri e mezzo dall'origine dell'orificio valvolare dell'aorta sulla parete anteriore della detta arteria notavasi

una lacerazione lunga circa 3 centimetri, leggermente curva, quasi angolare con concavità a sinistra ed a margini regolari.

La parete dell'aorta sia in tal punto rotto, sia nel rimanente decorso dell'arco aortico e porzione discendente non lasciò rilevare nè ectasia, nè tanto meno traccia qualsiasi di alterazione anatomo-patologica dei suoi strati, dei quali l'intima presentavasi liscia, levigata e di colorito perfettamente normale.

Non furono trovate note di infezione luetica nè di malaria o di arteriosclerosi per tutto il corpo e per quante ricerche accurate furono fatte.

La diagnosi necroscopica stabilita dal professore Guizzetti fu « *Rottura dell'aorta con emopericardio consecutivo da probabile causa traumatica e causa unica della morte* ».

Circa la probabile natura traumatica della lesione riscontrata il prof. Guizzetti, in vista dell'assenza di alterazioni delle pareti, e di aneurisma o semplice ectasia dell'aorta, asserì che non potea escludere che avesse influito nel determinare la rottura una causa traumatica per quanto non poteva però affermarlo con certezza, data la straordinaria rarità del caso, ma aggiunse di averne letto nei libri qualche caso verificatosi per appiccamento.

Non furono asportati e conservati i pezzi in alcool e ciò fu una vera negligenza, giacchè il pezzo sarebbe stato interessante per la dimostrazione.

Questo è l'esito della necroscopia praticata.

In seguito di tale risultato credetti opportuno indagare se si fosse verificato per il soldato G. qualche trauma ed in qual modo avesse potuto agire. Fu riferito alla Sezione da qualche militare della centuria, che il G. era caduto qualche giorno prima della morte e che aveva battuto al suolo o contro qualche pietra colla regione sternale, ma nessuna traccia esterna di contusione fu in lui riscontrata, ed ulteriori indagini fatte al reparto non confermarono tale caduta. Risultò però che egli era da 6 mesi alla centuria in zona di guerra, che era sempre stato adibito a lavori e spesso pesanti per la sua robustezza e sanità perfetta, che non avea mai sofferto alcuna infermità in tale periodo e che non avea mai accusato alcun disturbo o si fosse dato facilmente ammalato, anzi risultò che non si era mai annunziato come tale.

Tre giorni prima della sua morte era rientrato dalla licenza invernale e prima della medesima era stato, appunto per la sua robustezza, adibito per un mese di seguito ai lavori di perforazione di roccie colle macchine perforatrici, lavoro che richiede uomini robusti dovendo il martello perforatore (che è messo in moto da un apposito motore), mentre attacca e rode la roccia, essere appoggiato e sostenuto sulla coscia o al petto nella regione sterno-mammaria destra, a seconda dell'altezza dove il detto martello entra in azione.

Il martello, che pesa circa 40 kgm., fa risentire però meno l'effetto del suo peso quando è in azione appoggiando e facendo presa coll'estremità anteriore della roccia, ma fa subire all'individuo, che lo sostiene col suo estremo posteriore, una continua scossa o, meglio, un continuo urto, perchè con la d tta estremità posteriore più massiccia batte contro la regione su cui l'individuo lo appoggia. Tali urti raggiungono il numero di 210 al minuto primo, come ho potuto constatare di persona, contandoli, e provocano, qualora si appoggia l'estremo posteriore al petto, un disturbo di respirazione, la quale diventa più corta, più penosa durante lo stato di azione del martello mentre, dopo lasciato lo stesso, provoca ispirazioni forzate di compenso.

Il martello è inoltre causa di notevole rumore allorchè è in azione e di un grande polverio causato dalla polverizzazione della roccia.

Il lavoro è alquanto pesante ed estenuante ed è eseguito da squadre di 4 individui, che non possono resistere più di 10 minuti, al massimo un quarto d'ora, e che perciò si alternano continuamente.

Il G. G., che prima di recarsi in licenza invernale avea partecipato per un mese o poco più a tale lavoro di perforazione, al ritorno dalla licenza nei tre giorni che precedettero la sua morte, aveva lavorato solo colla mazza di ferro nella galleria scavata nella roccia, lavoro questo anche molto pesante.

Un soldato suo compagno di lavoro, che lo conosceva da qualche tempo ed anche da borghese, da me interrogato ha asserito che il G. G. prima di venire alle armi per mobilitazione lavorava sempre da muratore e che, a quanto gli risultava, non era mai stato ammalato.

Aggiunse anche che due giorni prima di morire presso la Sezione, al mattino il G. G. gli disse di aver avvertito « *come una stillettata al cuore* », non sarà improbabile che in tale occasione, sentendosi male, forse cadde battendo anche a terra col torace e che questa dovette essere la caduta di cui si fece cenno da qualche compagno.

Ed ora veniamo alle considerazioni del caso.

Prima di ogni altro, era possibile stabilire quale fosse stata la causa della morte senza l'aiuto del reperto necroscopico?

Ritengo assolutamente di no, poichè in casi consimili, pur escludendo la possibilità di una forma meningea latente quale causa di morte subitanea, possibilità che io dovetti prospettar-

mi per misura di prudenza e per le circostanze che in principio ho accennate, pur escludendo, ripeto, tale possibilità nel caso del soldato G. G, non si sarebbe potuto pensare che a una morte per rottura di un aneurisma aortico ignorando qualsiasi precedente dell'individuo al momento della morte, e fu infatti infatti la più probabile delle cause a cui io pensai dippiù. Una rottura di un'aorta con pareti perfettamente integre non si poteva certo stabilire senza l'autopsia e ad essa nessuno giammai penserà, data l'assoluta rarità del caso.

E data poi l'età dell'individuo (38 anni), il suo stato di floridezza e robustezza appariscente, non era il caso di pensare ad una morte per emorragia cerebrale, la quale forma difficilmente, d'altronde, è causa di morte istantanea e fulminea come quella del soldato in esame.

Ora, se anche il predetto militare qualche giorno prima di morire avesse accusato dei disturbi vaghi o *dolentia* alla regione cardiovascolare, sarebbe stato difficilissimo stabilire una diagnosi giacchè il senso di *dolentia* o anche quello di staffilata avvertita al cuore qualche giorno prima avrebbe potuto essere messo in rapporto con una possibile *angina pectoris* (forma anche non frequente prima dei 40 anni) o con un disturbo nervoso momentaneo ma giammai far pensare ad una lesione della parte giammai far pensare ad una lesione della parete aortica, alla infiltrazione ematica che fu causa poi della rottura.

A diagnosi necroscopica accertata si può ritenere invece che quel dolore, come staffilettata al cuore, possa essere stata l'espressione di altra lieve lacerazione o sfibramento, come i dolori accusati alla visita siano stati possibilmente causati dall'urto contro la parete infiltrata e disgregata nei suoi elementi della grande massa sanguigna spinta nelle sue fasi sistoliche dal cuore nell'aorta.

***

Quale è stata la causa della rottura aortica ed in qual modo una volta ammesso un trauma questo ha potuto agire? È qui, o signori, che viene il difficile.

Il lavoro di perforazione col martello perforatore azionato da motore, lavoro speciale a cui è stato addetto il soldato G. G. per un mese o più e poi negli ultimi tre giorni prima della morte (per quanto, come ho detto avanti, in questi ultimi giorni il lavoro fosse satò con la semplice mazza di ferro) può aver contribuito a determinare la rottura dell'aorta?

Gli urti continui e rapidissimi del motore in azione con una frequenza di 210 al minuto primo possono aver agito come causa?

Non è facile stabilirlo in modo assoluto, ma non si può escludere che abbia potuto contribuire a provocare la rottura aortica.

E una volta ammesso il trauma come causa, come ho detto dianzi, quale è stato il meccanismo di azione?

Le circostanze speciali di guerra in cui ci troviamo, la mancanza di libri di riscontro mi ha impedito di poter fare ricerche per assodare se altri casi di rottura aortica e quanti di natura traumatica sono stati ammessi dagli Autori.

Nell'affermare però tale possibilità e la rarità del caso ho a conferma l'asserzione del maggiore medico prof. Guizzetti, vecchio insegnante di anatomia patologica, il quale stabilì ed ammise dal primo momento la probabile causa traumatica ed aggiunse che i casi verificatisi finora erano scarsissimi, che nella sua lunga carriera di insegnante di anatomia patologica non ostante le migliaia di autopsie praticate non gli era mai capitato un reperto simile, e che ricordava solo di averne letto nei libri qualche caso in seguito a morte per appiccamento che avrebbe, in tal caso, agito producendo un forte stiramento dell'arco dell'aorta e quindi la rottura.

Dalle poche ricerche che mi è riuscito fare sul posto ho rilevato che l'Hanstein ha raccolto nella letteratura medica solo 4 osservazioni di rottura dell'aorta in soggetti normali ma che di un quinto caso egli fu testimone oculare.

« Un operaio di 23 anni doveva recarsi a fare un breve periodo di istruzioni in un battaglione accampato a 15 km. da Cristiania e munito di un leggero bagaglio, va a piedi e impiega 4 ore a raggiungere il posto. Due ore dopo l'arrivo fu esaminato ed essendo stato dichiarato abile al servizio andò a farsi il letto (cioè a riempire il paglierìccio); mentre attendeva a questa occupazione all'improvviso cadde a terra e morì all'istante. All'autopsia si riscontrò una rottura dell'aorta: aveva sede a centimetri due e mezzo al disopra delle valvole semilunari. La forma di essa era rettangolare, i bordi netti come tagliati da un coltello. Il cuore, specie il ventricolo sinistro, un po' ipertrofico. Lo studio istologico della parete aortica mostrò che essa era perfettamente sana.

Si apprese poi che il soldato durante la marcia si era lagnato di un lieve dolore al torace ma egli non aveva fatto sforzo alcuno, senonchè aveva passata in bagordi la notte precedente alla partenza e però l'Hanstein opina che la rottura siasi fatta durante l'orgia.

Nei casi di parete vasale sana il Rheindorf giudica che per la rottura è necessario che si trovino riuniti i 3 fattori seguenti:

1° Sforzo muscolare;

2° Aumento della pressione arteriosa;

3° Stato di tensione prolungata delle pareti arteriose.

E il caso dell'Hanstein avrebbe riunito i 3 fattori suddetti.

Il trauma come causa di insufficienza mitralica e più di tutto di insufficienza aortica non è messo in dubbio dagli Autori per quanto anche nel caso in esame non può escludersi del tutto la causa traumatica.

Ed ammesso, come si è visto e come ha riferito l'Hanstein, la possibilità, sebbene rarissima, di rottura di aorta in uomini sani per semplice conseguenza di sforzo muscolare in concorso con aumento di pressione arteriosa e stato di tensione prolungata delle pareti si può affermare che il caso del G. G. entri puramente e semplicemente in questa categoria?

A me pare di no, e pur ammettendo che vi sia stato lo sforzo muscolare, l'aumento di pressione arteriosa, sono più propenso a ritenere che il lavoro speciale a cui è stato addetto il G. G. per un mese e più con il trauma quasi continuativo alla regione sterno-mammaria abbia agito quale causa della rottura.

In qual modo ha potuto agire? È difficile stabilirlo.

Io ritengo che il martello perforatore con i suoi urti continuativi ritmici ma celerissimi e scuotenti abbia potuto contribuire a determinare colla sua azione una contusione diretta mediata della parete aortica, per cui la detta parete a poco a poco, specie per parte dell'intima, ha subìto una disgregazione lenta degli elementi in modo da dar luogo alla infiltrazione ematica che si è notata.

Il colpo di staffilettata che avrebbe avvertito tre giorni prima della morte, dopo aver ripreso il lavoro al ritorno dalla licenza, probabilmente dovette essere l'espressione di altra lacerazione di qualche fibra e non si può del tutto escludere in modo assoluto che il vasto emopericardio riscontrato non siasi iniziato qualche giorno prima della morte causando quei disturbi non ben definiti, da lui accusati dopo detto colpo avvertito quel mattino e nei due giorni seguenti sebbene non siasi annunziato ammalato al reparto.

Tali disturbi o, meglio, tali dolori vaghi accusati al mattino della morte all'ufficiale medico che lo ospedalizzò per forma reumatica o devono essere in rapporto con l'inizio dell'emopericardio avvenuto qualche giorno prima della morte o, ed è più probabile (come ho detto innanzi), erano dovuti all'urto della massa sanguigna nella fase sistolica contro la parete infiltrata da sangue e contusa. E con una chiazza di infiltrazione ematica quale abbiamo rilevata all'autopsia e quindi con una parete in tali condizioni di diminuita resistenza in corrispondenza della chiazza è spiegabilissimo che col più lieve sforzo muscolare, col più lieve aumento di pressione o anche senza apparente causa avvenga una lacerazione così estesa di 3 centimetri ed un emopericardio così vasto da causare la morte istantanea.

Che a parete esterna integra per un trauma contundente possano verificarsi lesioni dei soli organi interni cavitarii non è da mettersi più in discussione e pertanto non può escludersi che da un trauma possa essere stata interessata anche l'aorta che trovasi immediatamente sotto la regione sternale.

Sono queste tutte supposizioni che io formulo e che sono frutto di convinzione in me formatasi dopo aver constatato il funzionamento del martello perforatore coi suoi urti continui e celerissimi che costringe chi lo adopera e lo sostiene a non poter lavorare più di 10 minuti od un quarto d'ora, sia anche in individuo robustissimo, e sembrandomi impossibile che il semplice sforzo muscolare ed aumento di pressione possano determinare la rottura di una parete aortica sana e libera di alterazione qualsiasi di natura sifilitica, arterosclerotica come ritiene l'Hanstein e il Rheindorf.

La spiegazione data nel caso dell'Hanstein potrà essere una spiegazione plausibile trovata in mancanza di altre più plausibili o di un trauma, ma non può essere tale nel caso del soldato G. G., nel quale il lavoro speciale a cui è stato addetto non parmi possa escludersi come causa traumatizzante e determinante della rottura aortica constatata e quindi della sua morte.

L'ipertrofia lieve del ventricolo sinistro rilevata potrebbe essere, come è stata da altri anche ritenuta, idiopatica e più che idiopatica funzionale in individuo come il nostro in esame, lavoratore e soggetto spesso a continuo lavoro muscolare.

Ma anche volendo rimanere in dubbio sulla spiegazione del modo di agire del trauma e sulla natura della lesione che avrebbe provocato (se debba ritenersi cioè come una contusione diretta mediata) non credo si possa dal lato medico-legale escludere interamente la possibilità dell'intervento del fattore trauma in qualche modo e quindi sono di avviso che la morte del G. G. debba essere considerata come avvenuta per rottura aortica da probabile causa traumatica e perciò per causa di servizio.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI SARONNO
diretto da E. GUANGIROLI, medico primario.

Considerazioni pratiche sulla diagnosi di polmonite.

In generale si insegna che la polmonite è una malattia assai facile a diagnosticare, e la maggior parte dei medici s'accosta al malato con questa convinzione.

Invasione repentina con brivido forte iniziale, dolore puntorio; ottusità alla percussione, aumento del fremito vocale tattile, soffio bronchiale, rantoli crepitanti, sputo così detto caratteristico sono ritenuti indizi e sintomi più che sufficienti per stabilire la diagnosi di pneumonite lobare franca. « *La maladie au poumon* — sentenziano i francesi — *le danger au coeur* »: si esplora allora il polso, si esamina il cuore, e se non si riscontra nulla a carico dell'apparecchio circolatorio, si sta con animo tranquillo ad attendere la quinta, la settima o la nona giornata. L'esame delle urine è ordinariamente trascurato, ma se anche si riscontra fin dai primissimi giorni albumina, si dà a questo fatto non molto valore, ritenendolo niente più che una comune espressione del processo tossico-infettivo da pneumococco. Davanti a un quadro, che nel mondo medico assume l'appellativo pomposo di *classico*, davanti a manifestazioni *caratteristiche*, a segni *patognomonici*, univoci, non c'è il bisogno di adottare il metodo logico critico differenziale, che viene tanto caldamente raccomandato per molte altre malattie; anche il professore, che spende parecchie lezioni per dimostrare che in un determinato caso si tratta di emiplegia isterica e non di emiplegia organica, quando dovrebbe cominciare la discussione intorno a un pneumonitico si affretta quasi sempre a dire: « La diagnosi di polmonite è evidente! ». Far lunghi discorsi sull'anamnesi famigliare, sui precedenti individuali è cosa superflua, perchè la pneumonite fibrinosa è malattia infettiva acuta, che può colpire d'un tratto anche l'uomo più robusto; acuire l'ingegno per far considerazioni sottili sarebbe in questo caso tempo sprecato! Quando Nothuagel in un malato della su Clinica diagnosticò polmonite e null'altro, mentre si trattava di polmonite in un infetto di peste bubonica si levò gran rumore; già, sono i casi rari, straordinari che attirano l'attenzione della maggior parte degli uomini; ma se cento polmonitici comuni muoiono per altre ragioni che non sia la peste non vale la pena di provocare una discussione al riguardo!

Eppure io sono d'avviso che questo argomento meriti una speciale importanza; perchè molti buoni libri insegnano che la polmonite va considerata secondo l'età, secondo il soggetto e via dicendo, ma nessuno, ch'io mi sappia, ha affermato quanto voglio affermare ora, cioè che la polmonite in genere è tutt'altro che facile ad essere diagnosticata in modo completo ed esauriente. I sintomi che ho enumerati da principio sono bensì agevoli ad essere rilevati fisicamente; essi esprimono in una parola che vi è un addensamento o un'epatizzazione polmonare; ma da questo all'argomentare di che natura sia, di che attenzione, di qual cura e di qual prognostico debba ritenersi degna la malattia non è breve nè tanto semplice il passo.

Uno degli errori più frequenti è, secondo me, quello di classificare polmonite lobare franca una polmonite pseudolobare: diagnosi, la prima, che fa pronunziare bene spesso una prognosi favorevole, mentre questa potrebbe farsi più d'una volta infausta o assai riservata fin dall'inizio. Infatti una pneumonite pseudolobare, che in sostanza è una broncopolmonite, è talora un semplice episodio di una infezione generale gravissima, di una sepsi, di una tubercolosi, e può precedere di poco altre manifestazioni di ordine più fatale, per esempio, una meningite. Comune la durata della malattia è sempre più lunga (non meno di tre settimane) suole terminare per lisi, è seguita spesso da complicazioni, e il medico poco accorto, che prognosticava la crisi in settima-undecima giornata, non fa di fronte alla famiglia del malato troppo bella figura. Bisogna ricordarsi che la broncopolmonite (specialmente in forma di un focolaio di pneumonite lobulare) suole non di rado essere *primitiva*, e chi è avvezzo a ritenerla invece sempre secondaria — come i libri in generale insegnano — viene in singoli casi facilmente tratto in errore, e la considera senz'altro una pneumonite genuina. Per converso occorre in altre occasioni ai medici di giudicare una polmonite come assai grave, per i sintomi generali accentuati e per il rilievo locale imponente, mentre non si tratta che di una forma di congestione polmonare (tipo Voillez), di una flussione di petto (tipo Dieulafoy) che può risolversi bene e completamente anche in tre-cinque giorni, ed anche meno. Accade altresì di pensare talvolta a una polmonite accompagnata rapidamente da pleurite con versamento, mentre la diagnosi dovrebbe esser quella di cortico-pleurite o di splenopneumonite (tipo Graucher).

D'altra parte è necessario non dimenticare che più spesso che non si creda la polmonite da pneumococco può dare all'osservatore un numero molto minore di segni fisici di quanti si è abituati a riscontrare: la zona di polmone ammalato può essere ad esempio corticale, del tutto superficiale e circoscritta, e allora — ben si comprende — mancano le modificazioni del fremito vocale, del suono alla percussione, e altro non si ode che un gruppo più o meno distinto di rantoli crepitanti. Eppure anche in questo caso la risoluzione avviene quasi sempre per crisi, mentre il medico può lasciarsi indurre a prognosticare una risoluzione per lisi. Basta a questo proposito pensare che nella infezione da pneumococco (pneumococcia) si tratta di una infezione generale trasmessa per via sanguigna: essa non determina di *necessità* delle alterazioni particolari nei polmoni, può anche decorrere senza localizzazioni dimostrabili di sorta, mentre può produrre una leggera bronchite o broncopolmonite o pneumonite corticale circoscritta, o condurre all'infiltrazione di un intero lobo. Certamente tra le infezioni da pneumococchi quelle in cui si ha una polmonite sicura rappresentano il maggior numero; ma è bene tener presente anche le altre possibilità. Il Cabot a questo riguardo fa rilevare giustamente che la crisi ordinaria è una caratteristica della infezione da pneumococco *per sè stessa*, tanto se essa si è localizzata come se questo non è avvenuto, poichè molto di frequente accade di osservare che i segni dell'infiltrazione polmonare rimangono inalterati spesso anche dopo molte ore da che si è manifestata la crisi. Da lungo tempo si sa che la dispnea e la cianosi, che scompaiono così improvvisamentes all'inizio della crisi, anche quando i sintomi a carico del polmone *restano* del tutto invariati, non dipendono da una limitazione dell'aereazione dei polmoni, ma da una tossicemia generale.

Un altro errore in cui ho veduto incorrere con una certa frequenza è quello di diagnosticare come pneumonite fibrinosa un infarto polmonare; e se mi fermo su questo fatto è perchè lo scambio è stato commesso anche da medici colti e buoni pratici. Per lo più si trattava di puerpere, nelle quali il puerperio procedeva benissimo tanto che non era stato sentito alcun bisogno di consultare l'ostetrico. Repentinamente nella donna, che pareva in condizioni perfettamente normali, si manifesta un dolore da un lato del torace, dispnea intensa, febbre e poco di poi tosse ed escreato ematico. Il medico chiamato d'urgenza, se non ha pratica di questo genere di cose, diagnostica senz'altro una pneumonite. Dopo qualche giorno però l'escreato non si modifica, i fatti polmonari rimangono pressochè immutati, e compare invece una manifesta *phlegmasia alba dolens*, che spiega facilmente l'origine trombo-embolica del fatto pneumonico, ossia dell'infarto, che suole originare da una trombosi, in generale non infettiva, di una vena degli organi pelvici nel periodo puerperale. L'ammalata, è vero, aveva già da principio accusato dei dolori al polpaccio, ma essi erano stati a torto ritenuti dipendenti da semplice stanchezza. Per fortuna la guarigione è per lo più la regola, a dispetto della diagnosi errata! E, se mi è lecito fare una piccola digressione a proposito di puerperio — data la grande importanza pratica del fatto — dirò che talvolta la puerpera, anche dopo 15 giorni dal parto, mentre si trova nel completo benessere, nel fare, ad esempio, un movimento brusco, una scala, vien presa improvvisamente da malore con senso di soffocazione, cianosi marcatissima, pericolo imminente di vita. Anche qui si tratta per lo più di embolia polmonare, ma spesso non si rilevano poi fatti relativi ad infarto. Niuna meraviglia però, quando si pensa che non ogni occlusione embolica dell'arteria polmonare ingenera necessariamente un infarto, segnatamente se l'embolo si è fermato nelle parti centrali del polmone, perchè una leggera circolazione è ancora possibile attraverso le dimostrate anastomosi delle ramificazioni dell'arteria polmonare colle arterie bronchiali e mediastiniche ovvero attraverso i limitrofi capillari, le cui arterie afferenti sono aperte. A confermare la diagnosi di embolia polmonare compare però anche in questo caso, dopo qualche giorno una tromboflebite di un arto, talvolta di ambo gli arti, a decorso per lo più prolungato.

Ed ora ritorno subito al nostro argomento per additare alcune altre cause possibili di errore nel diagnostico della polmonite. Accennerò di volo alle forme ipostatiche nei cardiopatici in genere, specialmente quando si stabilisce contemporaneamente qualche piccolo infarto, con decorso febbrile — nelle quali il giudizio erroneo di polmonite viene non tanto di rado pronunziato. Ma nei malati cardio-renali e negli aortici si determinano talvolta nel polmone delle vaste zone di congestione, di iperemia veramente attiva, con fenomeni tumultuosi, imponenti, che possono lì per lì simulare una pneumonite. Nei renali e negli aortici, ma sopratutto nei renali si manifesta una forma di edema polmonare, che spesso non è rettamente interpretata: non parlo degli edemi diffusi, bensì di edemi circoscritti a un solo lobo polmonare. In

tal caso mi è avvenuto di osservare che se il lobo affetto è l'inferiore o il medio lo scambio con la pneumonite non è difficile; se invece è affetto il loro superiore (apice) e specialmente se l'edema prende un andamento subacuto, ho veduto più d'una volta, anche da medici valenti, far diagnosi di tubercolosi polmonare.

Al termine di questa breve trattazione, voglio dichiarare che gli errori che ho citato sono stati commessi da altri e da me, ma sopratutto da me, ed è per questo che ho potuto riconoscerli bene e farne oggetto di questo piccolo studio.

In base alle considerazioni fatte ed agli esempi addotti spero ora di aver dimostrato che la diagnosi di polmonite non è poi sempre così ovvia e così semplice come solitamente si ritiene, che il metodo diagnostico critico differenziale è bene non sia trascurato in nessun caso, e neppure nel campo delle affezioni polmonari, che la prognosi è opportuno sia fatta con la più grande prudenza e tatto, e che infine conviene sempre stare in guardia di fronte ai cosiddetti sintomi patognomonici, perchè su di essi in clinica ben di rado si può seriamente contare. So che le mie argomentazioni sono tutt'altro che complete, e so pure che molte e molte cose si potrebbero scrivere ancora in proposito; ma io mi sono accontentato di abbozzare la questione, presentando il problema al pubblico con l'augurio e il desiderio che altri colleghi, di me più pazienti, vogliano sviscerare la mia tesi in maniera completa, convinto, come sono, che renderebbero con ciò incomparabile beneficio agli ammalati ed ai medici pratici.

Milano, 10 febbraio 1917.

E. GUANGIROLI.

SERVIZI SANITARI.

Cura e profilassi della tigna nell'Esercito.

I dottori E. Tramontani e P. Rusca hanno redatto (*Pensiero Medico*, 29 aprile 1917) una relazione sopra 200 casi di tigna tricofitica e favosa tra i militari. — Essa è diretta a far valere l'importanza della profilassi e della cura, precisandone i mezzi, e, più che altro, a portare un contributo alla revisione dell'attuale Elenco ministeriale delle infermità che sono causa di esenzione dal servizio militare. L'importanza pratica di un'utilizzazione razionale dell'esperienza raccolta nel campo dei servizi sanitari militari e l'urgenza di render note le relative critiche e proposte, sovratutto nei riguardi del nuovo Elenco, affidato ad apposita Commissione presso il Ministero della guerra, ci spingono a riportare integralmente le conclusioni dell'interessante lavoro:

1) Il problema della *profilassi della tricofizia nell'Esercito* va impostato su tre distinte questioni, dalla cui risoluzione esclusivamente dipende:

a) Ammessa l'origine animale di gran parte delle infezioni (origine ritenuta da alcuni eccezionale fra noi, ma che i raccolti dati nell'attuale guerra fanno considerare come praticamente certa) e poichè la tricofizia degli equini è specialmente trasmissibile all'uomo quando insorge in forma epidemica, ne viene la necessità di una oculata profilassi zooiatrica, diretta al pronto riconoscimento ed all'immediato isolamento o all'abbattimento degli animali infetti, vietando poi per quanto è possibile ai soldati la comunanza di giaciglio con essi, sia permanente sia transitoria, come nei carri ferroviari, ecc.

b) Poichè non meno certa è l'origine dell'infezione dal rasoio, è necessario che gli ufficiali medici esercitino una speciale vigilanza sui barbieri improvvisati al campo, diffondendo fra di essi non meno che fra i soldati l'abitudine alla disinfezione degli strumenti o per lo meno ad abbondante saponatura del viso dopo rasa la barba.

c) In ogni caso poi, si richiede una pronta diagnosi dell'affezione da parte dei medici militari, cui deve seguire una sollecita spedalizzazione dei tricofitici o quanto meno una pronta ed acconcia cura accompagnata a severe misure profilattiche.

2) Per quanto riguarda la *tigna favosa*, la constatata possibilità di guarigioni spontanee e soprattutto i risultati ottenuti coi moderni mezzi di cura giustificano oggi una modificazione dell'art. 8 dell'Elenco imperfezioni, nel senso di togliere tale malattia dal novero delle infermità che danno luogo a riforma e di avviare invece sistematicamente a cura ospitaliera i militari che ne sono affetti, salvo i casi di alopecia cicatriziale così estesa da rientrare negli estremi dell'art. 28 dello stesso Elenco.

3) Nel Reparto misto degli Ospitali militari principali, la sezione dermosifilopatica dovrà — anche in tempo di pace — accogliere per cura tutti i tignosi, sottoponendoli, ove necessario, alla depilazione radioterapica, affidata ad un medico specializzato.

Gli Autori osservano che l'arredamento di tali reparti potrebbe trovare una agevolazione nel grande numero di impianti radiologici a scopo chirurgico di proprietà della Sanità militare che saranno disponibili per il

dopo-guerra e potranno quindi agevolmente venire adattati alla röntgenterapia. In tal modo, quella cura che ora è un dovere patriottico, perchè rende all'Esercito soldati atti ad ogni fatica di guerra, diverrà — perseguita e generalizzata in tempo di pace — strumento di civile rigenerazione, restituendo guariti alla famiglia, dopo il servizio obbligatorio, individui affetti da una deturpante infermità che li rendeva fonti di contagio e li escludeva persino, in molti casi, dal civile consorzio.

Aggiungiamo che la modificazione dell'art. 8 dell'Elenco avrebbe un'importanza profilattica non lieve. Risulta infatti che in molti paesi i bambini maschi colpiti dalla tigna favosa vengono a bella posta non curati, perchè, giunti all'età della leva, possano venire esonerati. Quando detta malattia non fosse più considerata come causa di esenzione, i bambini verrebbero curati all'inizio del male e cesserebbero di esser forniti di trasmissione della deturpante dermatosi. R. B.

Riforma ed incapacità dei soldati affetti da neuro-psicosi.

Su questo argomento si è svolta un'ampia discussione ad una riunione della Società di Neurologia di Parigi alla quale hanno preso parte anche i direttori dei centri neurologici e psichiatrici militari. Sull'argomento hanno riferito Grasset, Babinski, Léri, Dupré, Lepine ed hanno poi interloquito Meige, P. Marie. Lortot Jacob, Gordat ed altri.

Si sono concretate le seguenti conclusioni:

1° Per i disturbi *isterici* (pitiatici) puri: nè riforma, nè indennizzo.

2° Per i casi nei quali i disturbi *pitiatici* sono associati a disturbi organici, fisiopatici o mentali, sulla valutazione del grado d'incapacità non si deve tener conto alcuno delle manifestazioni isteriche.

3° Per i *disturbi fisiopatici* (disturbi nervosi detti riflessi) consecutivi a ferite di guerra e refrattari ad ogni trattamento anche prolungato: servizio ausiliario o riforma temporanea con indennizzo proporzionale alla incapacità funzionale.

4° Per gli *stati neurastenici*, ben definiti, anche senza disturbi obbiettivi, o mentali: il più delle volte servizio ausiliario, eccezionalmente riforma temporanea con o senza indennizzo.

5° Nelle *psicopatie acute* post-traumatiche, tossi-infettive o commozionali: riforma temporanea, con un grado d'incapacità variabile dal 10 al 100%.

6° Nell'*indebolimento mentale* cronico:

a) traumatico o infettivo: riforma, incapacità dal 50 al 100%;

b) in tutti i casi di paralisi progressiva: riforma, senza indennizzo tranne i casi eccezionali nei quali un trauma cefalico può essere legittimamente incolpato d'avere accelerato o aggravato la malattia; in questi casi il grado d'incapacità potrà essere fissato tra il 10 e il 30%.

7° Nelle *psicosi croniche post-confusionali:* riforma con grado d'incapacità tra il 20 e l'80%.

8° Negli *stati maniaci e malinconici:* sempre riforma temporanea, nessun indennizzo tranne pei casi eccezionali nei quali l'origine del primo accesso può essere attribuito ad un trauma o ad un'infezione acuta; in tali casi il grado della incapacità può essere fissato tra il 10 ed il 40%.

9° Nelle *psicosi croniche primitive:* riforma.

10° L'*epilessia essenziale* costituisce sempre motivo di riforma senza indennizzo tranne per i casi eccezionali nei quali un trauma o un'infezione grave in rapporto alla guerra possono essere considerati legittimamente come la causa della comparsa della prima manifestazione epilettica: in tali casi si fisserà un grado d'incapacità tra il 10 e l'80%. Dr.

MEDICINA SOCIALE.

Alcuni aspetti delle Assicurazioni Malattie.

(Dal *Medical Record* del 14 aprile 1917).

Gli interessi medici e quelli delle Assicurazioni sono intimamente congiunti e nessuna classe sociale ha mostrato un più alto apprezzamento dell'assicurazione che la classe medica, e nessun affare al giorno d'oggi è così dipendente dal giudizio e dall'abilità medica quanto l'assicurazione sulla vita ed i suoi numerosi rami. Enrico Brown, direttore generale del « Century Insurance Co., Ltd. », così spiega questa relazione ed aggiunge che è di interesse vitale sia per le Compagnie di assicurazione che per il medico costruire e modificare di tanto in tanto il tipo per la selezione delle vite.

Dopo tutto che cosa è l'assicurazione se non una compera e vendita di denaro? Nel caso di una Compagnia che tratta dell'assicurazione sulle malattie il pagamento o il deposito del premio implica una forte obbligazione potenziale determinata solamente dalla condizione della incapacità fisica dell'assicurato e regolata secondo la tavola delle assicurazioni.

Fin dal 1873 fu presentato un progetto al Parlamento per mettere in grado gli operai, per mezzo di un piccolo pagamento settimanale, di provvedere a sè stessi contro le malattie e la vecchiaia. Questo progetto naufragò nella Camera dei Lords. In tempi più recenti nella « Nation Insurance Act. », fu fatto un tentativo per applicare il principio delle assicurazioni obbligatorie sulle malattie in quasi tutte le comunità industriali, ma non si può ancora avere il materiale per giudicare questo tipo di legislazione. Certamente tale provvedimento sarebbe utile tanto per il professionista, il commerciante, l'industriale, quanto per l'operaio, giacchè la loro capacità di guadagnare dipende in larga misura dal loro stato di salute.

Ogni assicurazione è basata sopra certi fatti accertati che sono incerti nel tempo e nella maniera del loro svolgersi. Il tipo medio dell'individuo sano non pensa alla media dell'esperienza. Egli guarda il suo passato e dice che l'assicurazione malattie non lo riguarda. Egli è stato sempre in buona salute, ma nell'esaminare il suo passato dimentica poche settimane d'incapacità e dimentica che il premio che egli avrebbe dovuto pagare, se si fosse assicurato in età giovane sarebbe stato molto più basso di quello che sarebbe richiesto ora, e che i vantaggi di una tariffa più bassa sarebbero permasti con lui fino alla fine del contratto. Ed è precisamente questa la difficoltà che s'incontra e con cui si deve lottare oggi e che spiega la piccola quantità, comparativamente, delle assicurazioni sulle malattie che sono contratte dai professionisti e dagli uomini di affari.

In nessun ufficio di assicurazione la selezione è così costantemente e persistentemente contraria alla Compagnia come nell'assicurazione sulle malattie. Si scelgono più polizze miste che polizze a vita intera e l'uomo che sceglie deliberatamente una polizza mista per un numero moderatamente corto di anni dà con questa scelta un pegno ed una prova che egli sa coscientemente di non aver alcun deterioramento fisico. Nel caso di assicurazione sulle malattie non vi è questa salvaguardia, perchè l'uomo più facilmente convinto del valore di una polizza è quello che soffre più o meno di frequente di qualche malattia o sa di avere qualche difetto fisico che egli considera che probabilmente lo renderà inabile nell'avvenire. Per cui è necessario un esame medico molto accurato, giacchè individui che possono essere accettati per l'assicurazione-vita, possono anche essere non accettabili per l'assicurazione-malattie. Brown constatò esaminando i registri di un'importante Compagnia di assicurazione che ivi si ebbero 471 decessi per malattie del sistema digerente e che l'età media alla morte era di anni 62,9, mentre che le malattie del sistema nervoso diedero 521 decessi e che l'età media alla morte era di anni 65,8. Brown fa noto che mentre nessuna malattia seria o accidente serio possa essere sufficiente ad ingannare nel caso di assicurazione sulla vita, è facile invece l'inganno quando si tratta di assicurazione-malattie. Per cui per l'assicurazione-malattie è essenziale un'inchiesta minuziosa ed un accurato rapporto dell'anamnesi dell'assicurando in cui debba essere con molta cura annotata ogni tendenza ad un particolare tipo d'inabilità.

Esaminando le statistiche Brown trovò che mentre il gruppo dell'età dai 25 ai 29 anni dà per ogni individuo e per anno frazionalmente una settimana d'inabilità, il gruppo invece dai 50 ai 54 anni dà non meno di due settimane e 3/4, dopo i 50 la misura cresce immediatamente; per il gruppo di età dai 50 ai 54 anni è 2,75, dai 55 ai 59 è 4,02 e per il gruppo dai 60 ai 64 anni prende la larga proporzione di 6,31. Questi dati sono molto importanti; le tavole inoltre includono l'infortunio insieme al rischio delle malattie, e in mestieri come minatori, ecc. le percentuali possono essere così diversificate da rappresentare erroneamente il rischio delle malattie.

La valutazione dei diritti dipendenti da contratti per assicurazione-malattie deve essere diligentemente esaminata. E forse il fattore più importante è quello del rischio morale. Nessuna condizione, che più ingegnosamente si possa escogitare, può proteggere adeguatamente una Società contro un cattivo rischio morale.

Il rifiuto è la sola misura cui attenersi nei casi in cui si trovano malattie funzionali del sistema nervoso, le quali non possono essere facilmente curate. Laddove questi casi si verificassero in rischi già accettati, il consulente medico che in quasi tutti i casi agisce tanto nell'interesse della Compagnia che dell'assicurato, può solo cercare di armonizzare il risultato del suo esame obiettivo con l'impressione ricevuta da tutto l'insieme.

Non si dimentichi che le condizioni di polizza sono stabilite per proteggere tutti i membri in modo eguale da non togliere ad alcuno i suoi legittimi diritti, perciò senza dubbio la migliore salvaguardia contro la simulazione, si trova nell'interesse privato dell'individuo, e dove questo lo richiama al suo lavoro quotidiano nessuna questione di interpretazione di norma può condurre alla discordia. Questo concetto si applica ugualmente tanto nel caso di un artigia-

no che di un professionista o di un uomo di affari; e, per dir vero, la simulazione non si trova di frequente in queste classi, ma quando la simulazione si scopre, le norme specialmente stabilite a questo proposito hanno servito per la protezione degli interessi di tutti gli assicurati. Lo spirito che domina l'applicazione di dette norme è e deve essere fattore determinante il progresso della Società e l'utilità della comunità. Dott. I. ROMANELLI.

Rischi di guerra.

Dal *Médical Récord* del 4 aprile 1917).

Un certo numero di Compagnie di assicurazione hanno annunciato che tutte le nuove polizze conterranno una clausola di guerra che provvede per il pagamento di un premio addizionale durante il periodo che l'assicurato presta servizio nella milizia o nella marina al di fuori degli Stati Uniti; alcune Compagnie limitano questa clausola ad un periodo di due anni dalla data della polizza, altre l'estendono a 5 anni. Il soprapremio è usualmente del 10% ma ogni Compagnia promette di rifondere parte di questo nel caso che il rischio addizionale della guerra sia pienamente coperto da un premio minore.

Dott. I. ROMANELLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

QUINTA SEDUTA — 5 marzo, ore 9.

Discussione sulle ferite con lesione dei vasi sanguigni.

MARAGLIANO DARIO. — L'O. propone di allacciare simultaneamente dai due lati la carotide esterna, fra la tiroidea superiore e la linguale, in caso di ferita di una sola carotide, per eliminare il circolo collaterale fra la tiroidea superiore e l'inferiore e quello, più importante, fra i rami delle due carotidi esterne. Il circolo collaterale per la vascolarizzazione della ferita sarà ridotto alle anastomosi fra la carotide esterna e la carotide interna e sarà quindi impedita una mortale ripetizione dell'emorragia.

ALESSANDRI. — Poichè il maggior numero degli oratori che hanno portato il loro contributo alla chirurgia vasale di guerra hanno praticato in caso di aneurismi traumatici semplici o arterovenosi o la semplice allacciatura dell'arteria o l'allacciatura dell'arteria a monte e a valle dell'aneurisma, seguita o no da resezione dell'aneurisma stesso, o, in caso di aneurisma arterovenoso, la quadruplice legatura in genere, crede opportuno prendere la parola per dire come in nessun caso si hanno condizioni migliori per una rafia di arterie e di vene come nel caso di aneurismi di guerra, data l'età giovane dei feriti, lo stato anatomico per lo più assolutamente normale delle tonache vasali a breve distanza dalla lesione, la scarsa entità ed ampiezza spesse volte della lesione stessa. E quando si pensi che la sutura arteriosa o venosa ristabilisce il circolo in modo assai più normale che non la legatura, e spesso in modo assolutamente normale, la scelta fra i procedimenti, quando non vi siano motivi per scartare la rafia, non dovrebbe essere dubbia.

Nel padiglione chirurgico diretto dall'O. nel Policlinico Umberto I di Roma sono stati fino ad ora così trattati due casi di aneurisma: un aneurisma artero-venoso dei vasi femorali nella fossa dello Scarpa, curato con asportazione della sacca aneurismatica, interruzione della comunicazione arterovenosa, rafia dell'arteria e duplice legatura della vena, ed un aneurisma dei vasi succlavi, operato anch'esso di asportazione della voluminosa sacca aneurismatica di interruzione della comunicazione abnorme, e poi di rafia tanto dell'arteria come della vena. Ambedue i casi guarirono completamente e stabilmente.

ROSSI BALDO. — L'O. ha praticato in due casi la legatura della succlavia sinistra all'origine dell'aorta per aneurisma da ferita alla base del collo.

Nel primo caso il tumore aneurismatico si venne riducendo, ed ora, a tre mesi di distanza dall'atto operativo, il ferito è guarito completamente della lesione vasale.

Nel secondo caso l'operazione, praticata di neces-

sità e d'urgenza per emorragia in un individuo in preda a fatti settici con febbre a 40°,5, non sortì l'esito desiderato, perchè il ferito morì per sepsi due giorni dopo. L'O. però può dire che anche in questo caso la circolazione collaterale si era ristabilita, essendo il giorno dopo l'intervento presente il polso della radiale.

TUSINI. — A proposito della comunicazione dello Stretti osserva che in un caso di aneurisma giugulo-carotideo questi è intervenuto allacciando la sola arteria carotide. Orbene, se vi è una indicazione ad allacciare ambedue i vasi, essa è proprio nel caso di un aneurisma giugulo-caròtideo, sia per ottenere con certezza la guarigione, sia per evitare i disturbi cerebrali successivi all'allacciatura della sola carotide, disturbi sui quali il Ceci ha insistito, mostrando che la terapia loro più opportuna è appunto l'allacciatura contemporanea dell'arteria e della vena. Questa duplice allacciatura deve farsi in tutti gli aneurismi arterovenosi giugulo-carotidei, sia piccola o grande la comunicazione arterovenosa.

A proposito della comunicazione De Paoli, osserva che i dati sfigmografici non hanno gran valore diagnostico o prognostico nelle lesioni vasali, per quanto lo studio loro, specie negli aneurismi arterovenosi, sia molto interessante.

Accenna poi ad alcune peculiarità sintomatologiche degli aneurismi arterovenosi. Così, ad es., se si ha un aneurisma arterovenoso dei vasi succlavii con tumefazione sotto la clavicola, si può facilmente fare l'esperienza seguente. Se si comprime l'arteria centralmente la tumefazione diminuisce, fino a scomparire, e insieme scompaiono le pulsazioni della tumefazione stessa; però poi a poco a poco la tumefazione riappare appunto in conseguenza della comunicazione arteriosa con la vena.

Altro fatto degno di nota è che, in casi di aneurisma arterovenoso dei vasi femorali, con thrill evidente, con soffi caratteristici, ecc., se si solleva l'arto al di sopra del livello dell'inguine vengono a cessare thrill, soffi, ecc.

Per quanto riguarda poi il momento più opportuno per l'intervento, l'O. fa notare come questo non debba essere semplicemente in funzione delle lesioni vasali, essendo noto quanto frequenti siano le lesioni multiple in guerra. Può darsi quindi che la lesione vasale per se stessa richieda un intervento immediato, ma che questo debba essere differito per la presenza di altre lesioni concomitanti. L'O. dice questo perchè desidera che i medici delle retrovie, anzichè essere pronti a critiche nel vedere lesioni vasali non trattate, considerino le condizioni tutte nelle quali era il ferito quando venne al soccorso dei chirurgi delle prime linee e lodino invece, se ne è il caso, l'opera di questi.

RUGGI. — Al prof. Tusini fa presente che i feriti con aneurismi arterovenosi giugulo-carotidei che vennero operati nella clinica chirurgica di Bologna con la semplice allacciatura della carotide e di cui lo Stretti ha riferito sono guariti tutti: questo risultato fa cadere ogni critica.

Afferma poi che nessuno ha voluto mai criticare l'opera dei chirurgi delle prime linee, opera che ha commosso tutti quelli che l'hanno conosciuta.

DONATI. — Richiama l'attenzione sul fatto che in certi casi i caratteri generali della ferita influiscono sul trattamento più o meno precoce della lesione vasale, come ha detto il Tusini: altre volte sono le lesioni vasali che dominano il decorso delle ferite rendendo immédiatamente più gravi gli effetti delle lesioni delle parti molli ed ossee e quelli delle infezioni primitive delle ferite stesse. Cosicchè possibilmente l'intervento sui vasi lesi deve essere precoce, completato naturalmente col trattamento razionale della ferita.

A proposito della cura dell'aneurisma artero-venoso, e più particolarmente della cura conservativa di esso, ricorda un caso di aneurisma arterovenoso dei vasi poplitei, con sacca arteriosa e con orifizio di comunicazione fra arteria e vena, fortemente aderenti fra loro. Eseguì la sutura endoaneurismatica dell'orifizio e l'arteriorrafia ricostruttrice, rinforzando la sutura con l'avvolgimento di un lembo della parete aneurismatica attorno al vaso. La guarigione avvenne per *primam*, con cessazione dei disturbi. Dopo 4 mesi rottura spontenia e la vena adiacente, che era occlusa da un con nuova operazione asportò il tratto leso dell'arteria e la vena adiacente, che era occlusa da un trombo organizzato, e il malato guarì.

Il caso è interessante fra l'altro anche come dimostrazione della possibilità che certi successi della sutura vasale siano apparenti, e cioè dovuti allo stabilirsi del circolo collaterale durante un periodo nel quale si compie lentamente e progressivamente l'occlusione, per opera di trombi, dei vasi suturati.

Infine fa presente un sintoma che ha rilevato nei casi di aneurisma artero-venoso e di ematoma metaemorragico artero-venoso, cioè all'aumento della frequenza del polso, talora notevolissimo, dovuto forse a minor pressione nel circolo arterioso in conseguenza della comunicazione con quello venoso. Fatta la cura dell'aneurisma (legature, asportazione), la frequenza del polso torna normale. In certi casi dubbi questo sintoma merita di essere ricercato e può contribuire a distinguere l'aneurisma artero-venoso da quello arterioso.

CURCIO. — In casi di aneurismi traumatici della poplitea l'O. crede più opportuno allacciare la femorale al triangolo dello Scarpa anzichè la poplitea stessa. Infatti in due casi nei quali l'O. praticò l'allacciatura della poplitea ebbe cancrena della gamba, cosa che non ebbe quando, per la stessa lesione vasale, allacciò la femorale nel punto detto. E ciò si comprende facilmente quando si pensi alla maggiore ampiezza di anastomosi concessa da questa allacciatura in confronto dell'altra.

PADULA. — A chi consiglia di allacciare l'ascellare molto in alto o addirittura la succlavia, anzichè l'ascellare nel punto di elezione, per la possibilità di una duplicità dell'arteria fin dall'origine, fa presente di non aver mai riscontrata questa anomalia in trent'anni di dissezioni anatomiche. Però la pratica è per altro motivo molto giudiziosa. Infatti l'allacciatura dell'ascellare nel cavo emo-

nimo può determinare cancrena dell'arto superiore, precisamente al pari della allacciatura della poplitea, come il Curcio ha ricordato, che facilmente determina cancrena dell'arto inferiore. La ragione di ciò è anatomica. L'ascellare, prima di diventare omerale, dà le due circonflesse anteriore e posteriore. La prima è esilissima e trascurabile; la seconda va con il nervo circonflesso a distribuirsi al deltoide e poi, con i rami suoi terminali, attraversata la robusta fascia dello stesso deltoide, contrae anastomosi con la rete arteriosa del braccio, dipendenza dell'omerale. Ma negli individui anziani e anche in molti individui giovani queste anastomosi sono scarsissime e insufficienti a ristabilire il circolo collaterale quando l'arteria ascellare sia stata allacciata sotto l'emergenza delle circonflesse, onde la cancrena dell'arto. Inoltre è da tenere presente che, allorquando si vuole ottenere la guarigione di un aneurisma con la semplice allacciatura di arterie, ci si fida sulla organizzazione del trombo che cerchiamo determinare nel cavo aneurismatico. Affinchè però tale trombo abbia luogo, è necessario che una piccola quantità di sangue circoli anche dopo l'allacciatura nell'aneurisma. Per tutte queste ragioni in caso di aneurisma dell'omerale o dell'ascellare stessa è opportuno allacciare o l'ascellare in alto nel cavo o la succlavia: così facendo si permette il circolo collaterale attraverso le anastomosi fra mammaria esterna e mammaria interna, fra scapolare inferiore e scapolare superiore e posteriore, fra acromio-toracica e rete del braccio.

Le stesse considerazioni per la poplitea: allacciando questa nel cavo popliteo il circolo collaterale potrà ristabilirsi soltanto, e con difficoltà, per le articolari e specialmente per la grande anastomotica; allacciando invece la femorale, nella poplitea circolerà sangue senza pressione e senza velocità proveniente dalla femorale profonda.

Ruggi. — Non è d'accordo con i concetti assolutisti dell'O. precedente: se li accoglie per quanto riguarda l'arteria poplitea, non può accoglierli per l'ascellare, avendola allacciata spesse volte nel punto classico e mai avendo osservato in conseguenza di tale allacciatura la cancrena dell'arto superiore.

Ceci. — Ha estirpato aneurismi della poplitea allacciando questa arteria, e non ha osservato la pretesa cancrena dell'arto inferiore.

Discussione sulle ferite con lesione del cranio e dell'encefalo.

Zapelloni. — A proposito della comunicazione Cascino, nella quale è detto che il lembo plastico osteo-periosteo alla Durante-Righetti deve essere fissato con punti di sutura ai margini periostei prossimi alla breccia cranica da colmare, osserva che nelle numerose cranioplastiche eseguite con tal metodo dal prof. Alessandri e in quelle, meno numerose, ma sempre completamente riuscite ch'egli stesso ha praticato, mai è stata constatata la necessità di tale fissazione: ribattuto il lembo e sistematolo sulla breccia, si ribattono le parti molli e, mentre l'aiuto esercita una leggiera compressione in corrispondenza della breccia cranica perchè non si sposti il lembo osteo-periosteo, l'operatore esegue la sutura della incisione fatta su tali parti molli.

A proposito della comunicazione Besta e Bossi, esprime la propria meraviglia che si eseguano ancora delle cranioplastiche con scapole di coniglio, con lamine di argento dorate, ecc. Su tali plastiche il giudizio è oramai concorde fra tutti coloro che se ne sono occupati: esse non reggono il paragone con le cranioplastiche fatte con tessuti autogeni (lembi osteo-periostei liberi e peduncolati, cranici o tibiali; autoplastiche cartilaginee, ecc.). L'O. si è occupato a lungo sperimentalmente anni or sono di questo argomento ed ha dovuto confermare la superiorità delle autoplastiche. E nell'anno decorso 1916 in una seduta comune alla Società di chirurgia e alla Società di Neurologia di Parigi lo stesso argomento venne trattato e in ugual modo appunto risoluto.

Bastianelli. — A parte la prognosi definitiva delle lesioni cranio-encefaliche, la quale non potrà farsi se non da qui a qualche anno, quella più o meno immediata sembra all'O. più grave di quanto risulterebbe dalle opinioni espresse dei precedenti oratori. Varia naturalmente, e non poco, secondo che si ricevono i feriti subito e tutti, o solo tardi e quindi i sopravvissuti dopo i primi giorni.

Quanto alla cura, l'esperienza fatta nella terza ambulanza lo ha portato a poco a poco dal tamponamento alla chiusura completa, anzi ermetica, della ferita, senza drenaggio, salvo alcuni casi, egli ha fatto estendere tale cura immediata anche ai casi più gravi, perchè ha veduto che, ritardandola, mentre da una parte il ferito inaspettatamente migliorava dei fenomeni generali prodotti dal trauma, presentava svantaggi per possibili infezioni sopravvenienti.

L'O. può dire con sicurezza che, quanto più ampia è la lesione, tanto più è indicata la chiusura, anzi è necessaria, se si vuole prevenire, dentro certi limiti, un'infezione e soprattutto l'ernia cerebrale.

Tutti hanno fatto l'esperienza che anche grosse ernie cerebrali guariscono, ma in genere l'O. ha veduto con molto maggior frequenza sopraggiungere infezioni che non la guarigione.

La chiusura completa deve essere preceduta da una scrupolosa preparazione della cute, perfettamente rasa, mediante benzina, alcool iodato, tintura di iodio o benzina iodata e poi della ferita con liquido Giannettasio o con liquido Dakin. Il ferito è narcotizzato, il margine della ferita è escisso, questa ingrandita per quanto occorre a scoprir bene la lesione cranica, senza far lembi, salvo eccezioni, e anche i tessuti contusi, laceri, ecc., vengono escissi. Si rimuovono le scheggie e si asporta tanto osso tutt'intorno quanto basta per scoprire per ½-1 cm. circa il margine della ferita della dura madre. Colla guida della radiografia e della palpazione si asportano scheggie, proiettili, ecc., intracerebrali facilmente accessibili, si fa l'emostasi cerebrale o della dura, se occorre, e si rimuove con

delicatezza solo la sostanza cerebrale distaccata e fluente, cercando di fare il minimo trauma. Durante questo lavoro la ferita è bagnata spesso col Giannettasio o col Dakin. Emorragia da seni, anche dalla diploe o dal cervello, richiese spesso una compressione con batuffoli bagnati in soluzione fisiologica calda, prolungata anche per 5-10 minuti, raramente coadiuvata dall'applicazione di pezzetti di muscolo o di fascia sul punto sanguinante, secondo Horsley.

Con sutura a punti staccati, profondi e superficiali, si chiude tutta la ferita e si fa l'emostasi del cuoio capelluto, e solo se un seno o una parte del cervello seguitasse a sanguinare vi si lascia un piccolo tampone per 4-5 giorni. Ma ciò l'O. fa solo se l'emorragia non cede a una paziente compressione.

Queste norme sono quelle che la chirurgia cerebrale di pace ha trovato le più utili contro le infezioni e l'ernia e l'O. crede di poterla raccomandare dopo coscienziosa prova anche per la chirurgia cranica di guerra. Naturalmente fanno eccezione le ferite già infette, che devono essere sterilizzate prima e poi possibilmente chiuse seguendo le idee del Carrel per le ferite in genere.

MARAGLIANO. — Non può aderire all'opinione del prof. Alessandri che i risultati degli interventi sulle ferite del cervello eseguiti dopo tre o quattro giorni dal trauma siano poco soddisfacenti. Ha operato un certo numero di tali feriti in questo periodo appunto e con esiti veramente confortanti.

Per gli esiti lontani dell'intervento è d'accordo con gli altri chirurgi nel ritenerli assai meno buoni di quelli immediati. È specialmente l'ascesso cerebrale tardivo che offusca la prognosi a distanza. È propenso a ritenere che questi ascessi riconoscano in numero non piccolo di casi la loro origine in piccole scheggie ossee infette sfuggite per forza di cose alla ricerca del chirurgo e rimaste nella profondità del parenchima cerebrale.

Per le emorragie del seno longitudinale e dei seni durali in genere si è servito sempre con successo del tamponamento con cotone.

COLLICA. — Se il prof. Bastianelli crede di sostenere il trattamento chiuso delle ferite craniche, l'O. crede invece di dover sostenere il contrario: il trattamento aperto. Infatti, avendo potuto tenere a lungo nel proprio ospedale i cranici, ha potuto osservare la lunga durata del tempo nel quale seguitano ad eliminarsi i prodotti di disfacimento necrotico dell'encefalo ed ha potuto accertarsi quanto difficile sia in primo tempo dire quali siano i tessuti morti e quali i tessuti vivi e destinati a vivere.

Nella propria statistica l'O. ha 19 cranici gravissimi trattati così all'aperto: 4 soli di essi morirono per fatti settici non venuti dopo l'atto operatorio, ma preesistenti.

CAMINITI. — Ritiene che non siano da incoraggiare le cranioplastiche libere, ma quelle a lembo. Quanto poi alle cranioplastiche con lamine metalliche, le ritiene indicate soltanto nelle amplissime perdite di sostanza e quindi solo in casi eccezionali.

BONOMO. — Per quanto riguarda i fenomeni di scoppio del cranio l'O. crede che talora si sia interpretata per azione esplosiva l'effetto di una azione localizzatasi in una data regione. Invece l'azione esplosiva si verifica quando il proiettile (in genere un proiettile di fucile proveniente da breve distanza) penetra nella massa encefalica, impartendo a questa una forza espansiva, per effetto della quale le fratture iniziali stabilitesi intorno al foro di ingresso del proiettile si ampliano fino a raggiungere dal vertice anche la base del cranio. Naturalmente in questi casi si hanno tali disordini anatomici della massa encefalica da non essere nemmeno problematicamente suscettibili di trattamento: questi disgraziati così feriti arrivano, se arrivano, all'ospedale da campo per morirvi dopo poche ore.

L'O. accenna poi alla possibilità di aversi, per effetto di colpi tangenziali, fratture della vitrea senza lesione del tavolato cranico esterno, specialmente se il colpo lede punti in cui la diploe è abbondante.

In rapporto alla possibilità o meno di chiudere il cavo cranico nelle lesioni di questo da arma da fuoco, preferisce il trattamento aperto, anche per la considerazione che, specie se il proiettile ha fatto un lungo percorso nella massa encefalica, si è avuto un disseminio di scheggie ossee in tale massa.

Per quanto riguarda infine la estrazione dei proiettili incuneati nella massa encefalica, l'O. si dichiara favorevole alla loro estrazione sistematica, rappresentando essi sempre un pericolo sia come corpi estranei irritanti, sia come vettori di germi che a un dato momento possono riprendere la loro virulenza.

FRANCINI. — Al prof. Bastianelli, che consiglia di trattare le ferite cranio-encefaliche chiudendole, dice che nei casi personali ha sempre avuto a che fare con ferite già infette: in questo caso un trattamento chiuso non sarebbe davvero fattibile. Per la presenza appunto di tale infezione egli si è astenuto pur dalla ricerca dei proiettili e crede di avere bene praticato.

NOVARO. — A proposito delle fratture del cranio senza lesione delle parti molli o con lesioni minime, ricorda un segno clinico bene studiato dal De Paoli: la percussione. Se si fa la percussione digitale o strumentale del cranio in caso di frattura sospetta, se questa esiste si ha in corrispondenza di essa un suono differente in paragone al punto simmetrico dell'altro lato.

SAVIOZZI. — Si compiace della conferma che dà il prof. Bastianelli al metodo di suturare il cuoio capelluto, dopo eseguita l'operazione, lasciando un piccolo zaffo verso la parte posteriore della ferita.

Non è d'accordo col Bonomo, il quale ha dichiarato che tutti i cranici con fenomeni di scoppio muoiono prima di essere beneficati dall'operazione. Dichiara di averne guarito più di un caso con l'operazione.

Quanto ai casi di guarigione di ferite del seno longitudinale superiore, comunicati dal Maragliano, col semplice tamponamento, dichiara che per la sua esperienza personale e per tutto quanto è riportato nella letteratura, è possibile ottenere la guarigione col semplice tamponamento quando si tratta di ferite minime, mentre non sarebbe stato possibile ottenerla nei suoi casi perchè le lesioni furono prodotte da proiettili di fucile (2 casi) o da scheggia di granata con asportazione di segmenti della parete del seno. Per queste ultime evenienze l'unica terapia è rappresentata dalla legatura del seno o dalla forcipressura. Dott. L. C. ZAPELLONI.

R. Accademia Medica di Roma.

(Seduta ordinaria del 25 marzo 1917).

Presidenza del Prof. F. DURANTE.

Stenosi cicatriziale del cardias guarita con una esofagogastroplastica (metodo del Durante per le stenosi piloriche).

DOTT. L. C. ZAPELLONI. — L'O. espone brevemente la storia clinica di un giovane che, dopo un lungo periodo di sofferenze per ulcera gastrica iustacardiaca, da dieci anni era paziente per stenosi del cardias di grado molto notevole. Benchè già inutilmente assoggettato a dilatazioni graduali della stenosi con sonde, pure l'O. volle ritentare tale mezzo di terapia ma con esito egualmente nullo per cui pensò di risolvere in altro modo il problema terapeutico. Ebbe infatti ottimo risultato praticando una esofagogastroplastica col metodo del Durante di piloroplastica nelle stenosi piloriche.

La puntura lombare come cura della cefalea essenziale permanente.

Prof. G. MINGAZZINI. — L'O. espone diffusamente sui risultati ottenuti dalla cura delle cefalee essenziali permanenti mediante la decompressione del Liquor, ottenuta con la puntura lombare. Accenna agli scarsi, ma felici risultati finora praticati con tale presidio terapeutico, negli accessi di grave cefalea acuta (essenziali); come ne abbia tratto incitamento per tentarlo in malati che soffrivano di cefalea essenziale permanente; e che tale fosse (essenziale), lo dimostrava volta per volta l'analisi (normale) del Liquor e la esclusione di altre malattie documentata da ricerche cliniche e sierologiche. Quattro quinti dei casi così curati guarirono o migliorarono definitivamente.

Prof. ROSSONI. — Fa alcune osservazioni sulla esatta differenziazione della cefalea essenziale permanente dalle altre.

Prof. CAMPANA. — Ritiene che la puntura lombare debba giovare specialmente nelle cefalee di origine idrica, meccanica.

Necrosi e suffusioni emorragiche cutanee in caso di eredolue.

Prof. G. M. GARIBALDI. — L'O. riferisce dapprima la storia clinica della paziente e passa poi ad illustrare l'esame istologico da lui praticato sul pezzo cutaneo asportato in una delle larghe chiazze nere (necrotiche). La tinta nera del pezzo di cute si rivelò come dovuta ad abbondante pigmento ematinico; in qualche tratto emoglobinico, non apparendo traccia di elemento decifrabile, ma la solita tinta uniforme emoglobinica. Si rilevò anche che l'infiltrazione flogistica perivasale che aveva compresso e inabilitato a funzionare questi vasi, in alcuni tratti della capillarità circondava tutti questi vasellini, onde l'impedimento al libero decorso sanguigno: di questi blocchi, in questi capillari, se ne vedevano in un gruppo a gomitolo di vasellini.

L'O. attribuiva il fenomeno della necrosi alla ricca produzione vascolare, poichè non vediamo intervenire alcun fenomeno di necrobiosi che ordinariamente accompagna la necrosi dei tessuti nella sifilide. In questo caso scorgiamo il fenomeno men raro delle produzioni angiomatose cutanee, nelle quali, la stessa forza di iperproduzione vascolare interviene come cagione correttiva sulle produzioni angiomatose; dove non è raro il fenomeno della necrosi come causa di guarigione successiva di essi, dove le piccole emorragie ricorrenti sono esse stesse dipendenti da questa necrosi.

In seguito passa ad illustrare fatti simili rilevati in un caso di alterazione delle capsule surrenali.

Il drenaggio filiforme nella cura della mastite puerperale.

Dott. ARTOM DI SANT'AGNESE VALERIO. — L'O. espone un caso di guarigione di grave mastite puerperale curata con esito felice mediante il drenaggio filiforme alla Chaput, passa quindi ad esporre la sua terza nota su

L'azione del mesotorio nel cancro dell'utero.

Di 15 donne, che ebbero da 2 a 6 applicazioni, con dosi da 51 a 105 mmg. di mesotorio, con sedute varianti da 12 a 36 ore nel periodo trascorso dal maggio 1914 ai primi mesi del 1915 e che nel febbraio del 1915 erano in stato di guarigione primaria:

5 sono morte per recidiva locale o metastasi a distanza;
1 ha riproduzione vaginale;
7 persistono nella guarigione;
2 non è stato possibile aver notizie.

Volendo considerare queste due ultime nella peggiore delle ipotesi come casi di morte per recidiva locale sono sempre 7 su 15 ossia il 50 % i casi di guarigione duratura.

Aggiungendo un altro caso curato dopo il febbraio 1915 con 4 applicazioni delle quali l'ultima il 12 aprile e che appare totalmente guarita, l'O. ha così netto il 50 % di casi nei quali la guarigione persiste da due anni ed oltre.

Non sono i cinque anni sacramentali di osservazione, ma già la durata di due anni è importante se la si confronta con le statistiche post-operatorie. Ad es. nella statistica di Wertheim pubblicata nel 1911 troviamo su 78 recidive osservate in cinque anni dalla data dell'operazione che 65 si verificarono entro i primi due anni.

Si può quindi senza esagerazione affermare che i risultati sin oggi ottenuti son documenti della immensa importanza delle sostanze radioattive nella cura del cancro uterino, perchè tali che vanno al di là di quanto si potesse sperare di raggiungere con i mezzi terapeutici noti sino ad oggi.

Prof. PESTALOZZA. — Attesta degli ottimi risultati della cura mesotorica. Accenna alla importanza avvenire di questo nuovo metodo per la cura del cancro ed al nuovo orientamento da darsi, in relazione ad esso, alla propaganda per la profilassi del carcinoma uterino.

Differenziazioni batteriologiche mediante l'arbutina, con speciale riguardo alle dissenterie bacillari.

Prof. B. GOSIO. — Dalle indagini fatte dall'A. ..u di una ventina di specie scelte principalmente fra le più note patogene si ha ragione di ritenere che l'arbutina possa, nella tecnica batteriologica e precisamente nel campo del biochimismo dei batteri, offrire un criterio di più nell'identificazione delle specie.

Egli ritiene utile il consigliarne l'uso ed estenderlo sopratutto a quei casi in cui i metodi ordinari danno luogo ad equivoci e specialmente per la differenziazione dei b. dissenterici, una famiglia che va ogni giorno più arricchendosi di rappresentanti, i cui caratteri si scostano alquanto dai tipi genuini oggi ben definiti.

Il Gosio ha sempre nelle sue indagini agito in vitro per cui si pone la domanda se il comportamento di queste specie, di fronte all'arbutina, sia lo stesso quando si arbutinizzasse l'organismo infetto. A giudicare da quanto la clinica ha acquisito per le malattie della vescica, di cui il detto glucosio è un vecchio rimedio, dovrebbe ritenersi di sì, perchè sono appunto le cistiti catarrali con forti proliferazioni microbiche quelle che meglio rispondono a detta terapia; ed allora le urine possono fuoruscire brune ed anche nere per l'avvenuto processo reattivo. Se altre infezioni specie a focolai — sempre che si tratti di germi capaci di scindere il glucoside — si comportino in modo analogo, oggi non è ben stabilito.

Il prof. Gosio crede si possa inoltre utilizzare l'arbutina anche come reattivo microbiologico.

E. GROSSI.

Riunioni medico-chirurgiche d'Armata della Zona Gorizia.

Seduta 3 maggio 1917.

Emiplegia organica da ferita d'arma da fuoco non interessante la cavità, nè le ossa craniche, per probabile embolia cerebrale da trombosi contusiva della carotide interna (presentazione di caso clinico).

Prof. C. FRUGONI, magg. med. — Un soldato sano riceve nella regione zigomatica sinistra una paletta di shrapnell e dopo mezz'ora offre ictus con esito in emiplegia sinistra con tutti i caratteri della forma organica. Una larga craniotomia praticata (da altri) alla regione temporo-parietale destra dà — anche alle varie cerebro-punture esplorative — reperti completamente negativi; la palletta conficcatasi attraverso la faccia nella fossa pterigo-mascellare del lato opposto viene in altra seduta estratta dopo constatazione che trovavasi a contatto della carotide interna destra non risultata lesa. Dopo discussione clinica illustra e interpreta il caso ammettendo contusione della carotide interna destra con lacerazione dell'intima e trombosi parietale e successiva embolia cerebrale.

Nuovi casi di iposurrenalismo cronico residuale da ittero epidemico.

Prof. C. FRUGONI, magg. med. — L'O. presenta cinque nuovi casi de la sindrome già da lui descritta e ne discute i sintomi principali e particolarmente l'adinamia, la pigmentazione a tipo addisoniano della cute e delle mucose, la mancanza di glicosuria adrenalinica ed alimentare, la linfocitosi e la scarsezza ed incostanza di reazioni circolatorie da adrenalina e riferisce di ricerche sistematiche (iniezioni di adrenalina, atropina, pilocarpina) che permettono di affermare in tali casi simpaticoipotonia e vagoipertonia, e ne discute la patogenesi nei rapporti dell'eziologia paratifosa e de la spirochetica.

Esperienze su l'ambrina.

VITALE, capit. med. — L'O. esposte conoscenze generiche e indicazioni tecniche su l'impiego de l'ambrina con speciale riferimento al trattamento delle ustioni, ne illustra i vantaggi e l'azione sia sedativa per i dolori, che favoreggiatrice de le granulazioni e epitelizzazione e quindi della rapidità di guarigione, sia infine nei rapporti degli esiti definitivi e lontani per i quali si possono evitare le deformanti cicatrici aderenti ma non le ipertrofiche. Presenta numerosi casi trattati di ustioni e di altre forme (decubiti, congelamenti, eczemi, ecc.). S. A.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Una causa poco conosciuta delle neuralgie del trigemino.

Molto recentemente il prof. Etchepareborda (1° Congresso Nazionale di Medicina - Buenos Ayres, settembre 1916) ha richiamato l'attenzione degli studiosi su una causa poco conosciuta di neuralgie del trigemino, che spesso rendono vano ogni sforzo terapeutico e costituiscono così una vera disperazione per i pazienti e per i medici. Dell'importante lavoro dell'Etchepareborda, corredato da una ricca casuistica, ecco le principali conclusioni:

I denti inclusi nello spessore della sostanza ossea del mascellare producono fenomeni morbosi di diversa natura. I terzi molari sono i denti che più spesso restano inclusi e quelli che con maggiore frequenza dànno luogo alla manifestazione di sintomi morbosi. La loro inclusione provoca quasi esclusivamente una forma neuralgica a carico del trigemino, mentre l'inclusione di altri denti può frequentemente causare neuralgie del par V, ma talvolta provoca altri fenomeni.

L'inclusione dei terzi molari può essere *parziale* o *totale*. Nel primo caso si hanno talora dei fenomeni nervosi e riflessi, ma il più delle volte si verificano lesioni di natura flogistica: nel secondo caso invece non si hanno manifestazioni flogistiche ed in genere le manifestazioni neuralgiche o riflesse venendo localizzate in zone distanti dal punto di origine, i pazienti ignorano del tutto di avere nello spessore dell'osso denti i quali non sono spuntati e che sono causa del male che li affligge.

Da tutto ciò sorge la importante illazione che nelle neuralgie trigemellari di origine oscura, devesi con ogni cura investigare se esistano o non denti inclusi nei mascellari e che la radiografia e la esplorazione diretta sono i mezzi più adatti a compiere tale investigazione. Se tali mezzi di esplorazione, i cui reperti devono essere vagliati a lume di critica e *cum grano salis*, dànno un responso positivo, si deve senz'altro provvedere all'estrazione del dente incluso.

E. TRAMONTI.

La paralisi ricorrente del facciale e l'emicrania facioplegica.

Uno dei più interessanti caratteri della sintomatologia dell'emicrania è costituito dalle complicazioni paralitiche, che in genere sono evanescenti e transitorie, ma possono anche assumere una forma grave e permanente. Queste ultime paralisi possono essere divise in due gruppi: 1° quelle di origine cerebrale, ossia emiplegia, emianopsia, afasia; 2° quelle in rapporto ai singoli nervi cranici e più specialmente dell'ottico e degli oculomotori. In ragione della loro frequenza le oftalmoplegie emicraniche sono le più importanti. Sono stati anche descritti casi di emicrania facioplegica. Ma Ramsay Hunt (*The Journal of the American Medical Association*, 18 marzo 1916) ritiene che questa forma non costituisca una entità clinica reale. Più verisimilmente deve trattarsi in una paralisi facciale ricorrente accompagnata a dolore all'orecchio ed alla regione occipitale. In questa forma di facioplegia la sintomatologia è del tutto simili a quella che si ha nelle forme comuni con attacco unico e probabilmente anche l'etiologia è analoga. La teoria che attribuisce la paralisi facciale ad un restringimento del forame di uscita del forame stilo-mastoideo, emessa da Despaigne, per modo che ad ogni infiammazione del periostio medesimo si avrebbe una compressione del nervo è molto ingegnosa, ma non ha ancor avuta una conferma anatomica. D'altra parte bisogna pur notare che nelle forme infettive o reumatiche si tratta di una tendenza costituzionale a peculiari reazioni locali, molto simili ad altre manifestazioni reumatiche, che hanno anch'esse frequentemente un carattere ricorrente, come la sciatica e la lombaggine. Più accettabile sembra la teoria sostenuta da molti, che cioè si tratti di una perineurite del nervo facciale di origine reumatica simile a quelle della stessa origine dello sciatico e del plesso brachiale. Tale lesione sarebbe per altro favorita dalla situazione esposta del nervo e le manifestazioni sarebbero più evidenti che in altri nervi perchè l'ingrossamento del nervo provocherebbe da parte delle pareti ossee una compressione che ne abolirebbe la funzionalità.

La paralisi facciale come vera conseguenza di un attacco di emicrania, la facioplegia emicranica, non è un'entità clinica. Il caso di Rossolimo, come altri tre casi descritti dall'autore, si deve considerare come una paralisi facciale ricorrente accompagnata da dolori nel dominio del trigemino e dell'occipitale, quando non si tratti di sintomi focali di un tumore basilare. Non può escludersi ad ogni modo la coesistenza dell'emicrania con una paralisi facciale, ma in ogni caso esse sono sempre etiologicamente distinte anche quando s'incontrino nello stesso individuo.

DR.

TERAPIA.

Il trattamento di certe malattie da protozoi con il tartaro emetico.

L'efficacia del tartaro emetico nel trattamento di certe malattie da protozoi è stata riconosciuta fin da quando Plimmer e Thompson lo usarono nella tripanosomiasi e Vianna nel granuloma ulcerante. Nel kala-azar è stato usato dal Castellani e da Cristina e Carona.

A. Castellani (*British Med. Journ.*, 21 ottobre 1916) espone i risultati da lui ottenuti con tale medicina in diverse malattie.

Nella framboesia, l'A. consiglia la somministrazione orale della mistura seguente: tartaro emetico cgr. 6, bicarbonato di sodio cgr. 90; salicilato di sodio cgr. 60; joduro di potassio gr. 4; glicerina gr. 8; acqua q. b. per fare gr. 28. Diluire in un bicchiere d'acqua e somministrare in tre volte durante la giornata; per i ragazzi da 8 a 14 anni metà dose, per i più piccoli un terzo.

Nel kala-azar, egli ha usato sia le iniezioni endovenosa (1/2-2 cmc. della soluzione al 4 % in acqua fenicata al 2 %) o endomuscolari (1/2-1 cmc. della seguente soluzione: tartaro emetico cgr. 48; acido fenico cmc. 0.6; glicerina gr. 12; acqua dist. q. b. per fare gr. 28). Le iniezioni, da farsi nella regione glutea, provocano dolore tardivo ed infiltrazione. Per la somministrazione orale, l'A. consiglia nei bambini la formola seguente: tartaro emetico cgr. 30; bicarbonato di sodio gr. 2; glicerina, acqua di cloroformio, ana gr. 4; acqua q. b. per fare gr. 85. Somministrarne 4-8 gr. diluiti in acqua; per gli adulti raddoppiare la dose.

Ugualmente con buoni effetti il tartaro emetico è stato usato nel bottone orientale e nella febbre ricorrente. FIL.

Soluzioni indolori di cloruro di zinco.

Carles (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, n. 12, 1917), afferma che la scuola chirurgica di Bordeaux è una di quelle che da circa 50 anni di più apprezzano le soluzioni ipodermiche di cloruro di zinco. Disgraziatamente a volte in certi casi si sono mostrate così dolorose, che i chirurghi dovettero rinunziare al loro impiego. Poichè in queste circostanze esse si facevano torbide in grado variabile, e più spesso tardivamente, l'A. ha studiato le cause produttrici di questa anomalia. La maggioranza dei pratici usano, secondo i casi, soluzioni dal 5 al 10%.

Per fare le soluzioni ipodermiche di cloruro di zinco Carles raccomanda le precauzioni seguenti:

1° impiegare un sale realmente puro;

2° sciogliere *d'emblée* nel peso integrale di acqua distillata prescritta;

3° attendere parecchie ore, meglio una notte, che il raffreddamento sia completo e meglio ancora impiegare il ghiaccio per far discendere la soluzione al disotto della temperatura ambiente;

4° filtrare allora severamente;

5° non usare mai questa soluzione senza praticare di nuovo il raffreddamento e la filtrazione prescritta. AZ.

NOTE DI TECNICA.

Determinazione dell'acetone ed acido aceto-acetico nell'urina.

Per determinare approssimativamente l'acetone e l'acido aceto-acetico, che si possono trovare contemporaneamente nell'urina, E. Lenk e W. Hahn (*Münch. med. Woch.*, 6 febbr.) propongono un metodo basato sul seguente principio. Con le reazioni di Legal e di Rimini si ottengono liquidi più o meno colorati secondo la quantità di acetone o di acido aceto-acetico contenuta nell'urina; diluendo opportunamente con l'acqua si arriva ad ottenere dei liquidi incolori; ed essendo la quantità d'acqua aggiunta proporzionale alla concentrazione cui dette sostanze si trovano, si potrà da tale quantità desumere la concentrazione

Si decolora dapprima l'urina agitandola per mezzo minuto con un poco di nero animale e si filtra.

1) *Determinazione di acetone acido aceto-acetico.* — In una provetta graduata da 100 cmc. si versa 1 cmc. di urina, una goccia di soluzione di nitroprussiato sodico al 33% (1), 10 goccie di soluzione al 20% di soda caustica e 20 goccie di acido acetico concentrato. Si agita leggermente e si aggiunge acqua distillata (a 50 cmc. per volta) fino ad ottenere un liquido incoloro. Se ciò non si ottiene con 100 cmc. si prende una parte aliquota (qualche cmc.) e si trasporta in altra provetta graduata fino ad ottenere lo scoloramento. Ad ogni 100 cmc. di acqua aggiunta corrisponde una percentuale di 0.0032 di acetone acido aceto-acetico.

2) *Determinazione dell'acido aceto-acetico.* —

(1) Contrariamente all'asserzione di alcuni Autori, la soluzione di nitroprussiato di sodio non si altera facilmente e si conserva bene per dei mesi.

Nella provetta da 100 si mette 1 cmc. di urina, 1 goccia della soluzione di nitroprussiato e 1 cmc. di soluzione 1% di idrato di etilendiamina. Si agita leggermente, si lascia in riposo per 3 minuti, dopo di che si procede rapidamente alla diluizione come sopra. Ad ogni 100 cmc. di acqua aggiunta corrisponde una percentuale di 0.025 di acido aceto acetico.

Calcolo. — Con la determinazione 2) si è ottenuto lo scoloramento mediante 200 cmc. di acqua: l'urina contiene dunque 0.05% di acido aceto-acetico. Con la determinazione 1) si è ottenuto lo scoloramento mediante 2700 cmc. di acqua. Per la proporzione 0.0032 : 100 = 0.05 : x, si ottiene 1562 (la parte di scoloramento dovuta all'acido aceto-acetico nella determinazione 1)). Si sottrae quindi 1562 da 2700 = 1138, e si calcola la quantità di acetone, tenendo presente che (per un'urina senza acido aceto-acetico) ad una diluizione di 100 cmc. corrisponde 0.0176% di acetone.

Dalla proporzione 100 : 0.0176 = 1138 : x si ricava 0.198 di acetone % dell'urina in esame.

FIL.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il ciclo dell'infestione da Ascaris.

Secondo le esperienze di F. H. Stewart (*British med. Journ.*, 7 ott. 1916), quando si alimentano dei topi con uova di *A. lumbricoides* e *A. suilla*, si trovano, dopo 7-8 giorni, le larve nei bronchi, trachea e bocca; quelle di *A. marginata* vennero trovate nel fegato.

La via seguita sarebbe la seguente: Le larve penetrano nelle venule del sistema portale o ascendono nei dotti biliari. Fra il 2° ed il 3° giorno, si trovano nei capillari dilatati del fegato; però, avendo un diametro triplo di quello delle emazie, non passano a traverso i capillari. Le cellule epatiche circostanti degenerano e le larve possono quindi penetrare nelle venule epatiche e, per la cava, arrivare ai polmoni; di qui per l'embolismo delle arteriole, passano col sangue effuso nelle vescicole aeree.

Vennero fatti dei tentativi di infestare dei porci con queste larve e si ebbero, in tre casi su cinque, dei risultati positivi.

Questi fatti tendono a dimostrare che l'infestione nel maiale e nell'uomo può aver luogo per mezzo di cibi contaminati (rosicchiati) da topi. Ciò starebbe anche in rapporto col fatto che le larve non possono vivere nell'acqua stagnante, ma rimangono vive per 24 ore su del pane umido e per 48 ore nel polmone dei topi.

La quantità delle larve trovate nel polmone dei topi, corrisponde all'1 % delle uova somministrate.

FIL.

L'ospite intermediario di Schistosomum japonicum

Il Loos aveva ritenuto che l'infestione avesse luogo direttamente, per mezzo del passaggio di miracidî attraverso la pelle umana, e consecutiva metamorfosi in forma di cercarie nel fegato. Dalle ricerche di K. Miyairi e M. Suzuki (rif. in *Trop. diseas. Bull.*, 15 dic. 1916) risulta invece che l'infestione avviene attraverso un ospite intermediario, un mollusco a piccola conchiglia destrogira, gialliccia o brunoccia appartenente alle Hydrobüdae.

Le uova di S. si segmentano dopo che le feci sono state mescolate con acqua piovana; i miracidî nuotano attivamente ed attaccano il mollusco immerso nell'acqua; dopo qualche minuto, i tentacoli, la testa, il collo, il mantello ne sono cosparsi. Essi penetrano nei tessuti e nelle branchie, diventando poi sporocisti, da cui si sviluppano le radie (circa 50 da una sola sporocisti). Da queste hanno origine le cercarie, che raggiungono la maturità dopo almeno sette settimane.

Gli esperimenti di infestione vennero fatti con dei topi. Si calcola che 3-4 su cento dei detti molluschi siano infetti naturalmente; lasciando i topi per un tempo variabile da 1/2 ora a due ore, in un piatto contenente acqua ed un centinaio di molluschi, si verifica l'infestione. Questa ha luogo, e tanto grave da far morire i topi in tre settimane, quando si apre il mollusco e lo si applica con una goccia di acqua, sulla pelle del topo.

I. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(840). *Solvente della sandracca per otturazioni provvisorie dei denti.* — All'abbonato n. 7733:

La sandracca si scioglie in alcool assoluto a freddo o in alcool di 90° a bagnomaria. Per uso odontoiatrico si adopera una soluzione al 29-30 %. Serve per proteggere esternamente le medicazioni che si devono temporaneamente lasciare nelle cavità dentali. Si applica con cotone idrofilo imbevuto della soluzione.

A. CHIAVARO.

(841). Al dott. G. Vadana, Lecce.

Possiamo consigliare:

1. *Trattato sui metodi di ricerca clinica di* BRUGSCH e SCHITTENHELM. Trad. G. Galli. Unione Tip. Ed., Torinese. — 2. *Manuale dei metodi d'esame clinici* del SAHLI. Casa ed. F. Vallardi, Milano. — 3. GABBI U. *Semeiotica fisica e funzionale.* Milano, Ulrico Hoepli, 1912. — 4. SCALESE F. *Semeiotica e diagnosi medica.* Milano, Società ed. « Dante Alighieri » di Albrighi, Segati e C.

AZ.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. CARREL e G. DEHELLY. *Le traitement des plaies infectées.* 1 vol. in-8° picc. di pag. 180 con 78 figure e tavole. (Collection Horizon). Parigi, Masson & C.ie, editori, 1917. Prezzo Fr. 4.

È questa la prima esposizione d'insieme, fatta dagli stessi autori, del metodo Carrel. Ha intendimenti essenzialmente didattici e verrà consultata utilmente da tutti i chirurgi ed anche dagli infermieri ai quali è affidata l'applicazione del trattamento.

Gli AA. premettono l'esposizione dei principî in cui poggia la dottrina; segue una descrizione minuziosa della tecnica, di cui non trascurano i dettagli neppure se infimi e non lasciano al caso nulla di ciò che un metodo strettamente sperimentale può strappargli; il libro si chiude con la sanzione del metodo, desunta dall'esame clinico e batteriologico delle ferite infette. In ciascuna di queste tappe della dimostrazione gli AA. hanno moltiplicato le grafiche, i disegni, le fotografie, di modo che il lettore anche meno iniziato può cogliere non solo i principî astratti della tecnica, ma anche, e più ancora, i dettagli delle applicazioni pratiche, senza di che un metodo terapeutico non è che una curiosità scientifica.

ED.

J. DUMAS e ANNE CARREL. *Pratique de l'irrigation des places dans la méthode du docteur Carrel.* Paris, A. Maloine éd., 1907. Prezzo Fr. 1.

Questo opuscoletto può considerarsi come un complemento del lavoro precedente. Esso è destinato agli infermieri, cui insegna la tecnica delle irrigazioni e delle medicature delle ferite col metodo Carrel, l'allestimento della soluzione, l'esame microscopico delle secrezioni. È corredato di 13 figure. ED.

R. LERICHE. *Traitement des fractures.* Collection Horizon, I parte, lire 4. Masson e C. Ed., Parigi.

In questa prima parte l'A. tratta le fratture articolari. È uno studio di terapeutica chirurgica delle lesioni articolari, e per ciascuna articolazione è indicato il modo di indirizzare la cura nei varî stadii del decorso di una ferita. Un gran numero di figure radiografiche e di schemi originali rendono più evidenti i metodi tecnici descritti dall'autore.

Questo libro originale, chiaro, completo risponde alle esigenze del momento ed avrà certamente e meritatamente molta diffusione tra i medici militari. *a. a.*

J. CALVE e M. GALLAND. *Les appareils platrés* (Gli apparecchi gessati). 1 vol. in-18°, di 88 pagine, con 108 figure. I. B. Baillière et Fils. Parigi, L. 2.50.

Gli AA. raccolgono in questo volumetto i consigli che la pratica suggerisce per l'allestimento di un buon apparecchio gessato. Dal modo con cui questo è applicato dipende la sorte del paziente ed è cosa tutt'altro che semplice la costruzione di un apparecchio, che sia preciso, in conveniente posizione ortopedica e sia ben tollerato dal malato.

La trattazione della materia è divisa in tre capitoli: 1° allestimento dell'apparecchio; 2° i principi ortopedici dell'immobilizzazione; 3° la tecnica speciale per ogni apparecchio. Le numerose figure essenzialmente schematiche aiutano di molto la comprensione del testo.

ini.

Le malattie del cuore e dei vasi

Sommario del N. 7 (1° giugno 1917).

LAVORI ORIGINALI: Proiettile juxtacardiaco e proiettile endocardiaco (*Prof. Vittorio Maragliano*).

RASSEGNE E RIVISTE: La ricerca dell'energia cardiaca preconizzata dal Katzenstein, o metodo del Cardarelli (*G. Breccia*). — Il singhiozzo nelle affezioni dell'apparato cardio-vascolare (*D. Ibrocchi*). — Le infezioni endocardiche di sostanze medicamentose (*Esch*). — Insufflazione d'aria nella pericardite tubercolare con versamento (*E. Weill* e *Loiselcur*). — Il ritmo cardiaco del soldato combattente (*L. Binet*). — Alcuni fattori della dispnea cardiaca (*Peabody*). — Significato semeiologico del polso epatico auricolare in rapporto specialmente al ritmo di galoppo e alle lesioni congenite del cuore destro (*C. Pezzi*). — I perturbamenti cardiaci nella nevralgia intercostale sinistra (*Lian*). — L'olio di strofanto e l'azione purgativa dello strofanto (*H. A. Hatcher*). — La digitale nell'aritmia cardiaca (*H. A. Christian*). — Medicazione intrapericardica e massaggio nel trattamento dell'arresto del cuore (*Gunn* e *P. A. Martin*). — Stenosi tricuspidale, tumore peduncolato sovravalvolare pendente nel ventricolo destro, postumi di una antica endocardite parietale ulcero-vegetante (*E. Barié, M. Letulle* e *M.lle Miletzky*). — Tachisistolia (*C. H. Goddard*). — Aritmia completa provocata dalla digitale (*Danielopolu*). — L'aritmia cardiaca in rapporto alla prognosi (*P. D. White*). — La prognosi della fibrillazione auricolare (*Pardee*). — Tachicardia parossistica e malattia di Basedow frusta (*H. Grenet*). — Influenza dell'adrenalina nella dissociazione auricolo-ventricolare incompleta (*Danielopolu* e *Danulesco*). — Blocco cardiaco (*Laursen*). — Ricerche sperimentali sopra l'origine dell'aritmia extrasistolica (*D. D. Pletnew*). (Di altre riviste omettiamo i titoli, per deficienza di spazio).

TERAPIA: Il trattamento dell'« angina pectoris » secondo i concetti di James Mackenzie. — Necrologio: Gaetano Rummo.

Abbonamento annuo: Italia L. 12 — Estero L. 18. Fascicoli separati L. 2.

Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia L. 7 — Estero L. 13.

Inviare vaglia direttamente al prof. ENRICO MORELLI — Via Sistina, 14 — Roma.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso degli Ordini dei medici della Toscana. — Abbiamo già riportato un ordine del giorno approvato da questo Congresso; ne diamo ora altri due:

«Il Congresso Regionale Toscano degli Ordini dei Medici;

riferendosi ai doveri che ogni cittadino non chiamato sotto le armi ha verso la Patria;

considerando che i medici, per l'esercizio loro, sono in continuo contatto colle varie classi sociali e quindi possono coll'opera loro concorrere efficacemente alla difesa interna del paese;

esorta i medici tutti a portare, non solo il consiglio professionale, ma anche il conforto nelle famiglie, private forse per sempre dei loro cari, *ad adoperarsi* a mantenere la concordia d'intenti e la calma nel paese, che è necessaria per il più pronto conseguimento della vittoria che deve portare alla pace;

a far parte dei vari comitati per la disciplina dei consumi; *ad aiutare* i colleghi sotto le armi;

e rammenta, lamentando l'indifferenza del più grande numero dei medici, il sacro dovere che ognuno ha, sia medico militare o medico civile, di fare atto di solidarietà collegiale, sottoscrivendo in ogni anno di guerra nella nota aperta dalla Federazione degli Ordini dei Medici, per lenire i più gravi danni della guerra ai colleghi nostri feriti, o alle loro famiglie se morti».

«Il Congresso Regionale Toscano degli Ordini dei Medici;

tenuto conto che una parte dei medici nati prima del 1880, e più ancora del 1876, sono rimasti a prestar servizio militare nella loro abituale residenza mentre altri sono stati tolti per necessità militari dalla loro residenza e mandati anche in Ospedaletti da campo con grave disagio;

fa voti perchè, per equità, sia fatto il cambio fra i 2 gruppi dei rimasti in residenza e degli allontanati e non dopo un anno ma dopo sei mesi».

Ordine dei medici della provincia di Pavia. — Il 6 maggio ebbe luogo l'ordinaria assemblea generale dell'Ordine.

La relazione morale e quella finanziaria ebbero l'unanime approvazione. Dopo discussione animata, alla quale portò il consiglio della propria personale esperienza anche l'on. Roberto Rampoldi, venne a voti unanimi approvato il seguente ordine del giorno:

«I medici dell'Ordine Sanitario della Provincia di Pavia, riuniti in assemblea generale ordinaria, il giorno 12 maggio 1917;

considerando che già con circolare in data 23 ottobre 1916, il ministro dell'Interno ebbe ad autorizzare i Prefetti, a consentire che in causa del sempre più sensibile aumento del costo della vita, le amministrazioni comunali votassero speciali indennità ai loro impiegati;

ritenuto che la odierna situazione economica del medico condotto è più difficile di quella degli altri impiegati, perchè oltre agli ordinari bisogni di famiglia, a molti di essi incombe l'obbligo di tenere costantemente a disposizione del Comune un cavallo per il sollecito disimpegno del proprio servizio, ciò che implica, dati i prezzi attuali dei foraggi, una spesa più che triplicata, e perciò superiore di molto all'assegna attuale;

richiamando il testo della circolare 20 dicembre 1916, trasmessa dal proprio Presidente, ai Sindaci della provincia, perchè, in conformità di quanto era già stato fatto nell'interesse degli altri impiegati comunali, concedessero una adeguata indennità anche ai propri sanitarii, e che ben poche furono le amministrazioni che aderirono all'invito;

spiacenti che la Giunta Provinciale amministrativa, violando il rispetto all'autonomia dei Comuni, abbia respinto proposte di modestissimi aumenti deliberati dai Consigli comunali, a favore dei singoli sanitari;

presa visione dell'ultima circolare dell'on. Orlando, colla quale si sollecitavano le Prefetture del Regno ad accertarsi se e quali dipendenti Amministrazioni non avessero ancora provveduto alla concessione dell'invocata indennità di caro viveri, indennità ultimamente estesa anche ai funzionari, con stipendio dalle lire 3000 alle 4500;

affidano alla Presidenza l'incarico di esperire le pratiche che riterrà necessarie, perchè, con tutta sollecitudine la locale Prefettura inviti le Amministrazioni comunali della Provincia, ad uniformarsi alle tassative disposizioni della surriferita circolare ministeriale;

affermando di non essere, di fronte ai Comuni, inconsci dei doveri che alla classe medica incombono, doveri che coscienziosamente sanno di adempiere con zelo ed abnegazione quali sono richieste dalle gravi necessità dell'ora tragica che il Paese sta attraversando».

Ordine dei medici della provincia di Reggio Calabria. — Il Consiglio dell'Ordine, adunatosi sotto la presidenza del prof. Evoli, aderendo ai concetti espressi dal Presidente stesso, ha ritenuto l'incompetenza degli Ordini nel giudicare sull'atteggiamento politico dell'on. Brunelli; ha deliberato di riconvocare prossimamente l'assemblea dell'Ordine, per discutere sulle questioni inscritte all'ordine del giorno della tornata del 4 maggio, la cui votazione di biasimo all'on. Brunelli è da ritenere non avvenuta, perchè in quell'assemblea intervennero solo 17 soci su 300 inscritti.

Ordine dei medici della provincia di Girgenti. — È stato approvato il seguente ordine del giorno:

«L'assemblea dell'Ordine dei medici della provincia di Girgenti, convocata il 10 giugno, considerando che nell'attuale ora storica non è possibile agli inscritti nelle Società professionali di astenersi dal giudicare nel proprio rappresentante l'uo-

mo politico; considerando che la condotta politica dell'on. Brunelli nei due anni della nostra guerra è stata contradittoria e in aperto contrasto col sentimento patriottico di quasi tutti i medici italiani; invita il dott. Umberto Brunelli a dimettersi dalla carica di rappresentante degli Ordini dei Medici nel Consiglio Superiore di Sanità, deplorando che Egli non abbia pensato a farlo dopo le pubbliche manifestazioni di molti Ordini e di numerose sezioni di medici condotti, e più ancora dopo il voto contrario del Consiglio Federale degli Ordini dei medici».

Per il regolare funzionamento degli Ordini Sanitari. — È pervenuta al Ministero dell'Interno la richiesta fatta dalle Presidenze delle Federazioni degli Ordini dei medici, farmacisti e veterinari, per ottenere disposizioni atte a garantire il funzionamento dei rispettivi Ordini durante questo eccezionale momento.

A tale intento furono formulate le seguenti proposte:

1° Estendere le funzioni o facoltà del Consiglio Amministrativo ai membri rimasti in carica.

2° Oppure dare facoltà a questi ultimi, quando non siano ridotti a meno di tre di completare il Consiglio, chiamando temporaneamente nel proprio seno altri colleghi, quanti ne occorrono.

3° Oppure consentire le elezioni suppletive per il completamento del Consiglio.

Un comune per il suo medico. — Siamo lieti di registrare e che il Consiglio Comunale di Piperno (Roma) ha concesso con voto unanime e con i migliori auguri di pronta guarigione un congedo straordinario di un anno, a stipendio intero, al medico condotto dott. cav. Edoardo Venere per malattia contratta in servizio.

A causa della guerra che chiamò alle armi il più giovane dei tre medici condotti, il servizio Sanitario di tutto il paese fu assunto quasi per intero dal dott. Venere, che ininterrottamente e con senso di abnegazione e di patriottismo, quali l'ora richiedevano, spiegò tale attività assoggettandosi a tale gravoso lavoro che ne ammalò seriamente.

Ciò riconobbero gli egregi Amministratori di Piperno.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni, si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

Fra il personale degli stabilimenti sanitari della testa di linea di Cormons; sottoscrizione promossa dal dott. D. Catucci (*):

T. Colonnello D'Amico dott. cav. Biagio	L.	5
Capitano Lovaglio dott. Roberto	»	5
Capitano Malinverno dott. Arturo	»	5
Capitano Maltese dott. Francesco	»	5
Tenente Calcaterra dott. Carlo	»	5
Tenente Pecci dott. Alfonso	»	5
Tenente Gallone dott. Sandro	»	5
Capitano Bottini dott. Filippo	»	5
Capitano Mazzetti dott. Carlo	»	5
Capitano Orefice dott. Edoardo	»	5
Cappellano Milit. Don Ettore Scotti	»	5
Tenente Amm. Mario Delregno	»	5
Asp. Med. dott. Lettieri Francesco	»	5
S. Tenente Tallarico dott. Alberigo	»	5
Tenente farmacista Massa Vincenzo	»	5
Tenente Papa dott. Giuseppe	»	5
Capitano Iapoce dott. Antonio	»	5
Capitano Nespoli dott. Giulio	»	5
Capitano Arlotta dott. Michele	»	5
Capitano Lo Pinto dott. Giovanni	»	5
Capitano Di Giorgio dott. Girolamo	»	5
Tenente Dominici dott. Mariano	»	5
Tenente Crola dott. Giacomo	»	5
Tenente Francotto dott. Ernesto	»	5
S. Tenente Bertolini dott. Raffaele	»	5
Capitano Mariani dott. Giuseppe	»	5
Tenente Rossi dott. Fulvio	»	5
Tenente Amm. D'Arcais Giuseppe	»	5
Tenente Nicastro dott. Calogero	»	5
Tenente farmacista Bagalà Achille	»	5
Tenente Capp. Ceccon Antonio	»	5
Capitano Ascenso dott. Michele	»	5
Capitano Grandi dott. Umberto (2ª offerta)	»	5
Magg. Masserotti Benvenuti dott. Giuseppe	»	5
Capitano Sbrozzi dott. Marcello	»	5
Capitano Molinari dott. Cesare	»	5
A riportare	L.	180

(*) Il dott. Dino Catucci, tenente medico, Zona di Gorizia, ci scrive:

«Mi venne l'idea di aprire anche qui sotto il rombo del cannone, una sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie. Perchè sia versata alla Federazione degli Ordini dei Medici in Bologna, la invio a Lei, che vorrà pubblicare la nota sul suo pregiato giornale; ciò servirà a me di scarico presso i colleghi che non hanno negato il loro obolo, e di esempio agli altri centri ospitalieri della Zona di operazione e della Zona di Guerra. Qui dove si rischia spesso la pelle, si può pensare anche alle disgrazie eventuali ed alle conseguenze che esse comportano.

La sottoscrizione continua e spero di poter presto inviare un altro versamento».

Riporto	L.	180
Capitano Menghetti dott. Silvano	»	5
Capitano Rampagni dott. Colimero . . .	»	5
Tenente Golgi dott. Alessandro	»	5
Tenente Bottelli dott. Aldo	»	5
Tenente Taraschi dott. Domizio	»	5
Tenente Vitali dott. Giuseppe	»	5
Tenente Paroli dott. Riccardo	»	5
Farmacista Tovo Luigi	»	5
Tenente Amm. Solarino Giuseppe	»	5
Cappellano Gastinelli don Giuseppe . . .	»	5
Tenente Ancona dott. Giacomo	»	5
Tenente Virnicchi dott. Achille	»	5
Tenente Caffaratti dott. Mario	»	5
Tenente Giuliani dott. Pietro	»	5
Tenente Marchetti dott. Giuseppe	»	5
Tenente Amm. Scalzo Giuseppe	»	5
Cappellano Zanin don Antonio	»	5
Maggiore Bedei dott. Maurizio	»	5
Totale . . .	L.	270

Pervenuteci a mezzo del dott. G. Simoncelli, Tenente medico nell'Ospedale militare di Tobruk:

Capitano Cicco Decorato dott. Giovanni .	L.	10
Capitano Bertinetti dott. Marcello . . .	»	10
Tenente Simoncelli dott. Guido	»	10
Rosiello dott. Luigi	»	10
Fonzone dott. Lorenzo	»	10
Petto dott. Giorgio	»	10
Totale . . .	L.	60

Raccolte dal dott. Pietro Cuoco nella città di Montevideo (*) . . . . L. 4021,25.

(*) Il dott. Pietro Cuoco ci scrive da Montevideo:

« Mi compiaccio comunicarle che per mezzo del Banco di Napoli ho ordinato il versamento a favore del Comitato dell'Ordine dei Sanitari, della somma di Lire italiane 4021,25, importo di una sottoscrizione da me iniziata a favore dei danni subiti dai medici e famiglie al fronte di guerra, dopo aver letto il *Policlinico*.

« Con altra mia le darò conto della lista completa dei sottoscrittori e di ulteriori contributi se, come spero, potrò ancora fare dei sottoscrittori ».

Il plauso della famiglia sanitaria italiana va al nostro benemerito connazionale, che ha saputo darci così splendida prova di solidarietà collegiale.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6869) *Servizio di medico condotto obbligatorio. - Divieto di dispensa.* — Dott. N. S. da T. — L'articolo 1 del D. L. 22 agosto 1915, n. 1309, con cui si dà al Prefetto la facoltà di requisire i medici pel servizio sanitario civile nei Comuni che ne difettano, dichiara che l'incarico è obbligatorio per colui che ne è investito, comminando, a carico dei contravventori, le disposizioni e le penalità dell'articolo 124 del testo unico delle leggi sanitarie del 1° agosto 1907, n. 636, e, cioè, la pena pecuniaria estensibile a L. 500 e la sospensione dell'esercizio professionale. Le conviene, pertanto, attendere sul posto che cessi, per una ragione qualsiasi, la necessità del servizio.

(6870) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. N. G. da P. — L'espletamento della pratica per ottenere l'esonero come unico medico condotto, richiede circa una ventina di giorni. Se crede che la chiamata alle armi possa avvenire in epoca prossima, sarebbe bene premunirsi da ora invitando il Sindaco ad avanzare analoga istanza al Prefetto, presidente della Commissione provinciale.

(6872) *Pensioni - Versamenti volontari.* — Dott. P. F. da P. di B. — Avendo aderito alla Cassa di previdenza fin dalla sua istituzione ha diritto al riscatto di 15 anni di servizio prestati prima della iscrizione. Con 32 anni di servizio e 63 di età liquiderà l'annua pensione di lire 2045. Per effetto del versamento volontario di lire 1600 potrà ottenere un supplemento di pensione vitalizia di lire 191,68 annue. È in sua facoltà di ritirare integralmente la somma all'atto del collocamento a riposo o di chiedere che tutto o parte del capitale di lire 1600 già mensilmente versato, sia trasformato in assegno vitalizio a supplemento della pensione.

(6874) *Contributo del centesimo di guerra - Ricchezza mobile.* — Dott. V. G. da O. — Con Decreto Luogotenenziale del 27 agosto 1916, n. 1102, gli impiegati comunali furono esentati dal pagare il secondo centesimo di guerra. La ricchezza mobile che ricade sul complessivo ammontare di stipendio di L. 3100 è di L. 267,37. L'aggio all'esattore fissato per codesto Comune al 3 % importa per detto stipendio la somma di lire 8,01 annue.

(6876) *Pensioni.* — Dott. V. M. 7822 da T. — A colui che aderì alla Cassa di Previdenza fin dalla sua istituzione vengono computati 15 anni di servizio fatti prima del 1899. Ella, quindi, potrebbe ora liquidare la pensione in base a 60 anni di età ed a 30 di servizio. Otterrebbe annue lire 1552. Non basta che il Comune abbia versato il contributo proprio per ottenere la pensione ma occorre che anche il sanitario si sia inscritto alla Cassa ed abbia pagato il contributo ad esso spettante. Non essendosi Ella mai inscritto e non avendo, come pare, mai pagato il proprio contributo, non può ottenere pensione di sorta. In tale posizione di cose, Ella potrebbe avvalersi del disposto dello articolo 42 del Testo Unico ed inscriversi ora, obbligandosi al pagamento entro un decennio del capitale corrispondente al contributo non pagato con le quote mutue e gli interessi composti.

Tale somma si aggira intorno alle quattro od alle cinquemila lire. Mercè tale inscrizione Le sarebbero riconosciuti, agli effetti della misura del trattamento di riposo, tanti anni di servizio effettivo quanti ne occorrono per completare un quindicennio anteriore alla iscrizione. Locchè importerebbe l'attesa di altri dieci anni per liquidare la pensione.

(6877) *Pensione privilegiata per infermità. - Compenso del Comune in caso di infermità contratta in servizio od a causa del medesimo.* — Dott. S. C.

da G. — Non occorre assodare la circostanza da Lei indicata per stabilire se abbia diritto alla pensione privilegiata per infermità contratta in servizio od a causa del medesimo. All'uopo è, invece, necessario produrre un certificato medico rilasciato, su richiesta dell'ufficio sanitario provinciale, a seguito di visita Collegiale presieduta dal medico provinciale con l'intervento di due medici militari in attività di servizio. In tale certificato deve essere specificatamente indicata l'indole della malattia, le cause che la produssero e le conseguenze che ne derivarono e deve esservi esplicitamente dichiarato se, a loro giudizio, in conseguenza di tale infermità Ella sia o meno divenuto inabile a prestare ulteriore servizio. Nessun speciale compenso può pretendere dal Comune, perchè questo non è obbligato a garentire od a rifondere eventuali danni incontrati dal sanitario per infermità contratta a causa del servizio al quale è adibito.

(6878) *Servizio interinale. - Trattamento economico.* — Dott. S. S. da G. — Si ha diritto allo stipendio interinale fino al giorno in cui si è effettivamente prestato servizio. Essendo interino non ha diritto ai due mesi di stipendio da parte della amministrazione municipale per effetto dello avvenuto richiamo sotto le armi. Con l'abbandono della residenza Ella ha troncato con il Comune qualsiasi rapporto di impiego e non può, pertanto, aspirare alla differenza fra lo stipendio militare e quello civile durante la permanenza sotto le armi.

(6880) *Dimissioni del medico condotto.* — Dott. F. C. - 2429. — Nessuna disposizione di legge o di regolamento vieta al medico condotto di rassegnare le proprie dimissioni dal momento che il capitolato gliene dà il diritto col solo obbligo del preavviso di un mese. La presenza di un ufficiale del R. Esercito per il servizio della truppa ed, occasionalmente, per quello della popolazione civile non è di ostacolo alla di lei nomina ad interino nel nuovo Comune.

(6881) *Chiamata sotto le armi. - Pagamento di tasse e di contributo alla Cassa di previdenza.* — Dott. M. F. da Z. di G. — Anche durante la permanenza sotto le armi si paga la Ricchezza Mobile e la tassa esercizio, sempre che non si sia in tempo fatta alla locale agenzia delle Imposte regolare denunzia per cessazione di reddito a causa della incorporazione nel R. Esercito. Tale denunzia può essere fatta anche ora e darebbe luogo al rimborso delle somme eventualmente pagate durante l'epoca della cessazione dell'esercizio libero professionale. Devesi sempre corrispondere il contributo alla Cassa di previdenza perchè gli anni passati sotto le armi sono considerati come utili agli effetti della pensione di riposo giusta quanto prescrive l'articolo 1 del D. L. 7 febbraio 1916, n. 221. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — Al dott. G. B., Zona di Guerra:

Osserviamo che molti sottotenenti di milizia territoriale sapevano benissimo all'atto della mobilitazione che avrebbero potuto chiedere di passare nel ruolo di complemento col grado di tenente, ma per varie ragioni *non lo vollero* fare.

M. G.

Al dott. Z. G. da U.:

La circolare di cui parla il collega vige sempre. Però riguarda soltanto gli ufficiali che vengono *congedati definitivamente e di autorità.*

Al dott. A. B. da N.:

Non avendo passata l'età di 40 anni non può ancora venir avvicendato.

Al dott. S. F. da V. d. F.:

Non è ammesso il passaggio dalla milizia territoriale al ruolo di complemento. Possono soltanto divenir ufficiali di complemento quelli che, in base ai loro titoli, hanno diritto alla promozione ad un grado superiore.

Al dott. C. D., Zona di Guerra:

Per la nomina a capitano occorre essere idonei *incondizionatamente a qualsiasi servizio.* Quindi il collega non può esser promosso.

Al dott. N. D'A., P. M.:

Le indennità stabilite per gli ufficiali attualmente in servizio sono elencate nella recentissima circolare n. 338, G. M. c. a.

Questa risposta vale anche per l'abb. n. 7743.

Al dott. P. U., Zona di Guerra:

La domanda, raccolta regolarmente, verrà presa in esame insieme alle altre, ed il decreto di nomina seguirà a suo tempo.

Al dott. G. C., S.:

L'anzianità dell'ultimo capitano promosso maggiore è del 3 aprile 1913. Il collega non può quindi ancora esser promosso.

All'abb. n. 2507:

Essendo il collega stato nominato ufficiale medico a senso dell'art. 57, non si può tenere più alcun conto del servizio prestato precedentemente, prima della sua cancellazione dai ruoli per età.

All'abb. n. 5719:

Non esiste nessuna circolare in tal senso. Circa il corso per gli studenti di V e VI anno si è chiuso ora e non vi è nessuna disposizione per aperture di nuovi corsi, per ora.

All'abb. n. 5719:

Bastano *18 mesi* di permanenza nel grado di sottotenente, per potere venir proposto per la promozione a tenente. Occorre però una dichiarazione della Commissione di avanzamento del Corpo ove presta servizio.

All'abb. n. 2809:

Per la promozione, come già si è detto molte volte, occorre l'idoneità incondizionata a qualsiasi servizio.

All'abb. n. 8664:

Può solo essere promosso se proposto dalle autorità militari da cui dipende, perchè data la sua condizionata abilità, il Ministero non può promuoverlo di propria iniziativa.

All'abb. n. 4658:

Non può esser promosso che in seguito a proposta per *distinzione speciale* fatta dal comandante del Corpo presso cui fa servizio. Art. 5, circolare n. 752, G. M., 1916.

All'abb. n. 2802:

Tutte le indennità vengono disciplinate dalla recente circolare n. 338 del G. M. del c. a. Le indennità però non sono mai accumulabili.

All'abb. n. 2979:

Il quesito è troppo personale. Non è stato promosso a capitano, perchè probabilmente non sarà stato proposto.

Al dott. X. Y., da Z.:

Non vi è che una circolare che tratta genericamente di tutte le questioni di esonero pei medici ed è la n. 261 del 1916, nella quale si riporta il Decreto Luogotenenziale del 21 aprile 1916, n. 469.

All'abb. n. 3751:

Ha diritto allo stipendio ed all'indennità *di fuori residenza*. L'indennità bagaglio gli compete per 30 chilogrammi. Il quadro di avanzamento è arrivato ora a tutto il dicembre 1915.

Occorre però aver l'idoneità fisica incondizionata, ed esser proposto dalla rispettiva Direzione di Sanità o Distretto.

All'abb. n. 2666:

Non esiste alcun altro distintivo oltre il nastrino della campagna.

Al dott. F. G., Zona di Guerra:

Non esiste nessuna circolare Ministeriale che autorizzi il *congedamento dei medici per disagiate condizioni di famiglia.*

Alcuni congedi sono, per ragioni diverse, concessi volta per volta in seguito a domanda motivata al Ministro della Guerra.

Libera docenza. — Al dott. B. d. V:

Per conseguire la libera docenza per titoli, bisogna farne domanda, su carta da bollo da lire una, al Ministro della P. I., il quale, sentito il parere del Consiglio Superiore, nomina la Commissione. Questa si riunisce, ed esamina i titoli che il candidato avrà intanto esibiti, insieme colla domanda, alla Segreteria della R. Università presso la quale si chiede l'abilitazione all'insegnamento.

Se il parere della Commissione, dato sui titoli, è favorevole, il candidato viene sottoposto alle prove orali e pratiche.

Per tutto questo il mezzo migliore è di mettersi in diretta comunicazione colla segreteria medica di quella data Università, e farsi guidare quindi nelle pratiche, fissare d'accordo possibilmente le riunioni della Commissione, ecc. G. S.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alta onorificenza.

Il sen. prof. L. Mangiagalli è promosso Grande Ufficiale della Corona d'Italia, in riconoscimento delle sue benemerenze nel campo scientifico e professionale e delle sue virtù civili spese nel dar vita e prosperità agli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano.

Conferimento di premi.

ROMA. *R. Università.* — I due premi Girolami, stabiliti a favore di laureati in medicina-chirurgia, che nell'anno 1915-16, presentarono dissertazioni di laurea giudicate le migliori, sono stati suddivisi fra: Cappelli dott. Luigi, Pedroli dott. Giuseppe, Pera dott. Gennaro, Sunseri dott. Filippo.

I due primi «Corsi» sono stati aggiudicati a: Blasi dott. Gaetano e Grossi dott. Vincenzo.

Il premio «Colasanti» per perfezionamento in farmacologia sperimentale è stato conferito a Pirondini dott. Eugenio.

TORINO. *R. Università.* — Il Consiglio accademico ha conferito il premio «Carlo Bonino» a Antonione dott. Francesco.

Nella Regia Marina.

L'Ispettorato di Sanità presso il Ministero della Marina ha emanato la seguente graduatoria dei laureati in medicina e chirurgia vincitori del concorso a titoli, per la nomina di 20 sottotenenti medici di complemento nella R. Marina bandito con D. M. 21 dicembre 1916:

Campanelli Alberto; Barcaglia Aristide; Russo Lorenzo; Caparrotti Giuseppe; Azzolini Cesare; Calvanico Raffaele; Saldutti Vittorio; Gregorio Stellario; Nisivoccia Donato; Galdo Luca; Sardone Antonio; Molisani Giuseppe; Mele Angelo; Cisternino Alfredo; Buonsante Andrea; Trombetti Ernesto; Salerno Antonio.

Libere docenze.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Martelli Carlo in clinica medica, Calendoli Enrico in batteriologia e Graziani Vincenzo in otorinolaringoiatria a Napoli; Guasoni Eutimio in clinica chirurgica e medicina operatoria a Modena; Minole Giuseppe in patologia medica a Pavia.

Sono autorizzati a trasferire la libera docenza i dottori: Bordoni Luigi da Torino a Siena in terapia fisica; Lombardo Paolo da Modena a Messina in igiene e polizia sanitaria.

ALBO D'ORO.

PROMOZIONI STRAORDINARIE PER MERITO DI GUERRA.

Per merito di guerra i seguenti capitani furono promossi maggiori: dott. L. Mazzetti, dott. Maurizio Medei, dott. cav. A. Santa Maria; il tenente medico dott. V. Griffi è promosso capitano; sono nominati effettivi: il capitano medico di complemento dott. F. Propezzi ed i tenenti medici di complemento dott. cav. A. Pistilli e dott. A. Lapoli.

CONDOTTE E CONCORSI.

CIVITAVECCHIA. *Ospedale Civile.* — Cercasi medico-chirurgo assistente. Stipendio 150 lire mensili nette dalla tassa di ricchezza mobile e dalla ritenuta pensioni. Alloggio nell'interno dell'Ospedale e vitto nei giorni di guardia. Nomina per un anno rinnovabile per un secondo anno. Per ulteriori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Ospedale Civile.

NOTIZIE DIVERSE

Per la Patria.

Hanno immolato la vita in guerra i dottori:

BALLERIO GIOVANNI, tenente medico, da Milano;

BONO VLADIMIRO, capitano medico, da Torino;

CREMONA ANTONIO, capitano medico, comandante un reparto di Sanità;

PARASCANDOLO LUIGI, tenente medico, da Vico Equense (Napoli), in seguito a incidente di mare;

RESTAGNO ANNIBALE, da Altare (Genova), capitano medico;

lo studente in medicina ANTONINI LUIGI;

lo studente in farmacia MARGARY ARMANDO.

Gli studenti dell'Università di Roma caduti in guerra.

Nell'Ateneo Romano si è tenuta una grandiosa cerimonia per rievocare ed onorare gli studenti caduti negli aspri campi della nostra guerra.

Vi intervennero: il principe Umberto, i ministri Ruffini, Scialoja e Fera, i sottosegretari Bonicelli, Battaglieri e Morpurgo, il prefetto Aphel, il sindaco Colonna, il generale Marini ed altre spiccate notabilità.

Il rettore prof. Tonelli pronunziò un commosso, elevato discorso, in nome del Corpo Accademico. Fece i nomi gloriosi dei 31 laureandi caduti sul campo, ai quali è stata conferita la laurea *ad honorem;* di essi 13 sono stati decorati al valore (due con medaglia d'oro).

In seno alla Facoltà di medicina e chirurgia è stato proclamato dottore il laureando Antonio Mercanti.

In un'orazione nobilissima, l'on. Salandra fece vibrare le note più alte di patriottismo e di umanità.

Il prof. Semeraro ringraziò in nome delle famiglie.

La famiglia ospitaliera di Roma al Comm. Lusignoli.

È stata offerta al comm. Lusignoli, Presidente dell'Amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma, da una rappresentanza di tutto il personale, una magnifica pergamena ed un ricco dono.

Il segretario generale comm. Corelli, il commendator Trompeo dell'amministrazione centrale, il prof. Torti, Direttore del Policlinico Umberto I, ed il signor Vertecchi della Lega infermieri, illustrarono con alte parole il significato della cerimonia ed il valore dell'opera svolta dal comm. Lusignoli, prima R. Commissario, oggi Presidente dell'importante Amministrazione.

Il comm. Lusignoli ringraziò pel gentile atto di omaggio voluto dalla famiglia degli Ospedali di Roma.

I militari alle terme di Chianciano.

Il Ministero della Guerra ha determinato, con circolare n. 320 (11 maggio 1917), che con le stesse norme emanate con la circolare n. 217, *Giornale Militare* c. a., funzioni, durante la stagione estiva-autunnale, anche lo stabilimento termale di Chianciano, per la cura idropinica dei militari affetti dalle seguenti malattie:

Affezioni del fegato in genere e specialmente calcolosi biliare — Postumi di malaria e di ittero infettivo. — Catarri gastrici ed intestinali in individui deboli o deperiti, od in soggetti uricemici. — Renella urica, calcolosi renale, cistite calcolosa.

Le mute sono in numero di otto, della durata di 15 giorni ciascuna.

Le relative proposte di ammissione, compilate nel modello 458, dovranno essere trasmesse all'ispettorato di sanità militare con le consuete norme.

Possono usufruire delle Terme anche i militari che hanno bisogno dei bagni.

Indice alfabetico per materie.

Acetone e acido diacetico: determinazione nell'urina . . . . . . Pag. 832
Ambrina: esperienze . . . . . . » 830
Ascaris: ciclo dell'infestione . . . . . » 833
Assicurazioni malattie: aspetti . . . . » 823
Batteri: differenziazione mediante l'arbutina, con riguardo alle dissenterie batteriche . . . . . . » 830
Cancro dell'utero: azione del mesotorio . » 829
Emiplegia organica per ferita d'arma da fuoco . . . . . . » 830
Eredolue con necrosi e suffusioni emorragiche cutanee . . . . . . » 829
Ferite con lesione dei vasi sanguigni . . » 825
Ferite con lesione del cranio e dell'encefalo . . . . . . » 827
Ittero epidemico: iposurrenalismo cronico residuale . . . . . . » 830
Mastite puerperale: cura con drenaggio filiforme . . . . . . » 829
Neuralgie del trigemino: causa poco conosciuta . . . . . . » 831
Neuro-psicosi nell'esercito causa di riforma ed incapacità . . . . . . Pag. 823
Otturazioni provvisorie dei denti . . . . » 833
Paralisi ricorrente del facciale ed emicrania facioplegica . . . . . . » 831
Polmonite: considerazioni pratiche sulla diagnosi . . . . . . » 820
Puntura lombare nella cefalea essenziale permanente . . . . . . » 829
Rottura dell'aorta: casistica . . . . . » 816
Schistosomum japonicum: ospite intermediario . . . . . . » 833
Stenosi cicatriziale del cardias guarita con esofagogastroplastica Durante . . » 829
Tartaro emetico nel trattamento di malattie da protozoi . . . . . . » 832
Tigna: cura e profilassi nell'esercito . . » 822
Tonsilla linguale: ipertrofia e sua importanza pratica . . . . . . » 813

Roma, 1917 — Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp.

Anno XXIV. *Roma, 1 luglio 1917* Fasc. 27.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: S. Minelli: Osservazioni sul tifo castrense. — T. Silvestri: Ancora a proposito della vaccinazione antitifica. — **Riviste sintetiche**: Ben. De Vecchis: Le conoscenze attuali su l'artrite alveolo-dentaria. — **Note e contributi**: M. Mitra: Sostituzione dell'albumina animale con quella vegetale, in batteriologia. — **Questioni del giorno**: — P. Desfosses: Il trattamento delle ferite infette secondo il metodo Carrel. — **Accademie, Società mediche, Congressi**: XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia. — Conferenze del prof. R. Campana. **Appunti di medicina pratica**: CASISTICA e TERAPIA: Malaria e traumi. — Portatori di parassiti malarici. — Il trattamento del coma malarico colle iniezioni endovenose di chinina ed uretano. — Associazione medicamentosa da evitare. — PROFILASSI: Sul valore profilattico delle iniezioni di siero antitetanico. — **Posta degli abbonati**. — **Varia**: La guerra ed il pane — Pane bianco e pane bigio. **Nella vita professionale**: A proposito di promozioni degli ufficiali medici. — Cronaca del movimento professionale. — **Rivista di giurisprudenza sanitaria**. — **Risposte a quesiti e a domande**. — **Nomine, promozioni ed onorificenze**. — **Albo d'oro**. — **Medicina sociale**: Per la lotta antitubercolare in Roma. — **Notizie diverse**. — **Indice alfabetico per materie**.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA IN VICENZA
LABORATORIO BATTERIOLOGICO MILITARE
DELLA I^a ARMATA.

Osservazioni sul tifo castrense

per il prof. SPARTACO MINELLI
Direttore del laboratorio - Maggiore medico.

I risultati completi delle rivaccinazioni antitifiche nel nostro esercito per ciò che riguarda la morbidità, la mortalità e la gravità del tifo, sarannno noti colle pubblicazioni delle grandi statistiche. Io intendo portare solo il contributo dello studio di un discreto numero di casi osservati nei quali la diagnosi clinica fu sempre corredata dell'indagine batteriologica e tali casi costituiscono in parte il lavoro del Laboratorio Batteriologico della I^a armata che io dirigevo, parte sono mie osservazioni cliniche del 1° Reparto medico dell'ospedale militare di riserva di Vicenza, che mi fu affidato per qualche tempo.

Sono perciò casi di diagnosi sicura e benchè il loro numero non sia grandissimo i risultati del loro esame resi noti mi sembra possano avere qualche utilità.

La diagnosi del tifo negli individui che subirono vaccinazione antitifiche presenta difficoltà, sia coi mezzi della clinica che coi mezzi di Laboratorio.

Per ciò che riguarda la clinica la curva febbrile non aiuta perchè spessissimo irregolare nei vari periodi; la roseola è assente o fugace in una quantità di vaccinati, la milza si palpa in un grandissimo numero di soldati che vengono dal fronte e ammalati di malattie le più diverse ed anche nei sani. Scarsissimi sono i sintomi dal lato del sistema nervoso — alcune volte si hanno sintomatologie che fanno pensare ad una malattia dell'apparato respiratorio, altre volte la malattia ha aspetto di banale e lieve forma reumatica con febbre leggiera, senza speciali caratteri.

Rivolgendosi al Laboratorio troviamo anche qui delle difficoltà che prima non avevamo.

L'emocoltura per concorde parere dopo le vaccinazioni dà risultati assolutamente insufficienti. Il soldato vaccinato quando si contagi di tifo passa i primi tempi, perchè la sintomatologia è molto attenuata in confronto dell'ordinario, o a riposo sotto la tenda, o nei primi ospedaletti da campo. Quando viene da questi sgombrato perchè la malattia assume un decorso più lungo di un'ordinaria indisposizione o di forma reumatica di strapazzo fisico, il periodo della batterioemia è ormai trascorso.

Io ho eseguito l'emocoltura molte volte, anche con 10 cc. di sangue seminati in grandi matracci di Erlemmeyar con forti quantità di bile e brodo, con perle di vetro per agitare, prelevando molto materiale per le piastre di Endo fin 30 ore dalle semine e ho avuto naturalmente risultati positivi ma non certo in quella percentuale che avrei desiderato perchè l'indagine si dimostrasse utile.

La sierodiagnosi di Widal eseguita contemporaneamente all'emocoltura risultava positiva in diluizione alta il che spiega gli scarsi risultati della prima, essendo noto come la batterioemia cessi colla comparsa in circolo delle agglutinine specifiche.

L'esame batteriologico delle feci è indubbiamente molto utile, ma è positivo quando comincia l'ulcerazione della placca e dei follicoli solitari vale a dire nel secondo settenario inoltrato ed è intermittente troppo.

Dopo la vaccinazione antitifica i risultati della sierodiagnosi di Widal non sono neanche più quelli di prima, principalmene per il fatto della persistenza nello siero delle agglutinine della vaccinazione.

Poichè questo argomento è sempre interessante dal lato pratico specialmente per chi abbia bisogno di servirsi continuamente delle sierodiagnosi e in grandi propo zioni per le richieste del suo ufficio, ho voluto ricercare anch'io il modo di comportarsi delle agglutinine del tifo nel sangue circolante a periodi vari di distanza dalle vacinazioni.

Su *288* soldati vaccinati nei periodi diversi ricoverati nell'ospedale di Riserva di Vicenza per ferite o nel Reparto medico dello stesso ospedale che mi era affidato per malattie che non fossero tifo ho proceduto a tale ricerca ed i risultati sono riferiti nella seguente tabella:

Persistenza delle agglutinine tifiche nel sangue circolante dopo la vaccinazione antitifica. (*Vaccinazione* 1916).

mese	totale	0		1/25		1/50		1/100		1/250	
		totale	%	totale	%	totale	%	totale	%	totale	%
1	27	19	67	6	22	2	4	1	4	—	—
2	46	24	60	5±6+	27	4	10	2	5	—	—
3	60	29	51	5	8.3	20	30	6	10	—	—
4	40	21	53	9	22	3	7	6	11	1	2
5	36	18	50	9±6+	35	2	13	1	2	—	—
6	37	19	50	12	34	3	8	3	8	—	—
7	16	14	88	1	6	1	6	—	—	—	—
8	15	12	80	3±	20±	—	—	—	—	—	—
9	9	9	100	—	—	—	—	—	—	—	—
10	7	7	100	—	—	—	—	—	—	—	—

Se si esamina la tabella si rileva che le agglutinine della vaccinazione scompaiono rapidamente dal sangue circolante in un gran numero di vaccinati. Già dopo il primo mese non si trovano più nel 67 % degli esaminati e tale percentuale si mantiene al disopra della metà in tutti gli esaminati, nei mesi successivi.

Però si rileva anche che agglutinine specifiche permangono nello siero in piccola quantità, ma in una percentuale notevole dei vaccinati per lungo tempo dopo la vaccinazione.

Fino a tutto il 6° mese ho trovato agglutinazione nelle diluizioni $^1/_{25}$-$^1/_{50}$ in una percentuale che si aggira attorno al 40 % degli esaminati e alcune volte la sorpassa.

Invece ho trovato che rapidamente si abbassa fin dal primo mese la percentuale degli sieri che agglutinano fino a $^1/_{100}$ raggiungendo un massimo dell'11 %.

In un solo soldato ho trovato che l'agglutinazione da vaccinazione si spingeva a $^1/_{250}$.

Dalla fine del 7° mese mi risulta che il contenuto di agglutinine tifiche s ende ad una percentuale trascurabile dal lato pratico e dopo l'8 mese se ne trovano più.

* * *

Scorrendo i miei registri delle Sierodiagnosi per tifo posso rilevare che su quattrocento sieroagglutinazioni positive, si ebbero:

274 positive per tifo
45 positive per Paratifo A
81 positive per Paratifo B.

Poichè l'agglutinazione colle diluizioni praticate nel mio Laboratorio può, come dirò in seguito, essere considerata come un eccellente criterio per la diagnosi della malattia abbiano una proporzione di

69 % tifo
20 % Paratifo B
11 % Paratifo A.

per tifo in 218 cioè nel 79 %; su 45 di Paratifo *A* in 23 cioè nel 52 %; su 81 di Paratifo *B* in 47 cioè nel 53 %. Levati i pochi casi in cui si trattava di agglutinazione di gruppo le coagglutinine devono essere nella maggior parte dei casi diferiti alla agglutinine della vaccinazione antitifica.

Seguendo alcuni dei malati del mio Reparto il cui siero presentava la sicura presenza di coagglutinine in proporzione tali a fare insorgere il dubbio di infezione mista, ho potuto osservare che frequentemente esse scompaiono collo svolgersi della malattia, cosicchè la sierodiagnosi praticata a qualche tempo di distanza mostra nel siero la presenza della sola agglutinazione specifica della forma in corso.

Nome	letto	data	Tifo					Par. A		Par. B		Numero e data vaccinazione	Reazione vaccinale	Diagnosi batteriologica
			$^1/_{25}$	$^1/_{50}$	$^1/_{100}$	$^1/_{250}$	$^1/_{500}$	$^1/_{100}$	$^1/_{250}$		$^1/_{250}$			
Franz.	4	4 VIII	+	+	+	+	0	0	0	+ + +	+ + +	3 - dicembre 1915	incerta	Paratifo B
		22 VII	+	±	0	0	0	0	0	+ + +	+ + +			
Mambrocchi. .	40	6 VII	±	±	0	0	0	0	0	+	+	3 - gennaio 1916	forte	Tifo
		29 VII	+	+ +	+ +	+	0	0	0	±	0			
Martini	33	6 VII	+	+	±	0	0	0	0	+	±	3 - aprile 1916	forte	Pafatifo B
		7 VIII	+	±	0	0	0	0	0	+ +	+			
Sanipoli. . . .	10	9 VII	+	+	0	0	0	0	0	+ +	+	3 - marzo 1916	forte	Tifo
		8 VIII	+ +	+ +	+ +	+ +	+	0	0	0	0			

Un fatto frequente che occorre di osservare è quello della presenza di proagglutinoidi nello siero di individui vaccinati ed ammalatisi di tifo quale non è facile osservare nei non vaccinati. Specialmente nelle diluizioni basse di $^1/_{25}$-$^1/_{50}$ non si ha agglutinazione di sorta, mentre invece è intensissima nelle diluizioni a $^1/_{100}$-$^1/_{250}$. Faccio osservare che l'agglutinazione venne sempre eseguita con siero di sangue di non più di 24 ore e che perciò tale fatto non è imputabile a vecchiaia dello siero.

Proagglutinoidi ho trovato invece raramente nello siero di individui vaccinati anche di recente, e non malati di tifo per cui la loro presenza deve essere riferita non alla vaccinazione, ma all'insorgenza dell'infezione specifica.

* * *

Uno dei fatti anche molto frequenti che io come altri ho avuto occasione di osservare è quello della presenza di coagglutinine per il gruppo del Tifo-Paratifo. Su 400 siero-diagnosi positive ho trovato:

Su 274 casi di tifo l'agglutinazione era solo

Si è da parecchie parti ripetuto che la sieroagglutinazione di Widal ha perduto completamente o quasi del suo valore per la diagnosi del tifo durante questa guerra nella quale i soldati furono vaccinati e diciamolo pure a onore di chi spetta in modo così sistematico ed accurato contro il tifo.

Io da un esame continuativo per parecchi mesi di quasi un migliaio di casi, cioè di quasi tutti quelli che vennero ricoverati nell'apposito ospedale per tifo (0,100) e degli altri ospedali di Vicenza, non sono di questo parere, chè anzi io credo che tale prova abbia perduto ben poco del suo alto valore.

Naturalmente non ne hanno più che ben poco le diluizioni a $^1/_{25}$-$^1/_{50}$ che prima della vaccinazione antitifica costituivano un buon criterio diagnostico, perchè come risulta anche dalla mia tabella per molto tempo dopo la vaccinazione rimane nello siero una tale proporzione di agglutinine specifiche in circa il 40 % dei vaccinati.

È necessario spingere perciò le diluizioni molto più avanti; a $^1/_{100}$ l'agglutinazione può

essere ancora imputabile alla vaccinazione (massimo 11 %) ma io sono ormai convinto che se lo siero di un ammalato vaccinato agglutina ancora nella diluizione a $^1/_{250}$ una emulsione di coltura fresca di tifo la diagnosi di tifo non si può mettere in dubbio che in casi rarissimi direi eccezionali.

Io non trovo poi neanche necessario s'intende dal solo punto di vista pratico, di spingere più oltre le diluizioni. Le agglutinine della vaccinazione non si mantengono certamente che per un tempo brevissimo nel sangue circolante in proporzione elevate ed io considero come eccezionale che una agglutinazione a $^1/_{250}$ possa riferirsi all'avvenuta vaccinazione, tanto più che raramente ci occorre di osservare soldati ammalati con sintomi di tifo subito dopo la vaccinazione; ordinariamente sono decorsi almeno due o tre mesi da essa e l'agglutinazione è perciò dovuta a tifo o paratifo in atto.

La vaccinazione antitifica ha però indotto delle modificazioni nell'interpretazione dei dati di una siero-diagnosi e certamente non si possono leggere se non tenendo conto, accanto al periodo di durata della malattia in atto anche della data della vaccinazione antitifica del numero delle vaccinazioni subite, della reazione vaccinale, dati che risultano in ogni soldato dal piastrino di riconoscimento.

Su 274 casi positivi per tifo 247 sono positivi all'esame macroscopico nelle diluizioni di $^1/_{250}$ Gli altri 27 sono soldati che o non ricevettero vaccinazioni di sorta o che furono vaccinati da lungo tempo (1915) e nei quali perciò non è affatto necessario, secondo quanto risulta dalla mia tabella tener conto della data di vaccinazione avendo valore il risultato positivo anche a basse diluizioni, come si trattasse di individui non vaccinati.

Dall'esame di molti casi che vennero sotto la mia osservazione, io ricevo poi l'impressione che nei soldati vaccinati che ammalarono di tifo; le agglutinine si producano e si versino nel sangue molto più rapidamente e molto più abbondantemente che nei non vaccinati.

Questo fatto, che io non posso dimostrare, non avendo raccolto nelle mie osservazioni un numero sufficiente di dati, merita sicuramente studio.

Questa comparsa precoce ed abbondanti delle agglutinine nei vaccinati quando ammalino della malattia contro la quale subirono le vaccinazioni, qualora fosse dimostrata, darebbe una spiegazione del fatto già parecchie volte constatato, come ho detto più addietro, della brevità e fugacità del periodo setticemico essendo ormai noto come la setticemia tifica cessi colla comparsa dell'agglutinina specifica nel sangue circolante.

La siero-diagnosi di Widal, mezzo rapido e semplice, applicabile anche quando si abbiano a disposizione scarsi mezzi, qualora si tenga il dovuto conto delle cause d'errore in cui può indurre la precedente vaccinazione, è sempre in grado di fornire un valido aiuto per la clinica e per la profilassi del tifo.

Su 226 soldati ammalati di tifo ho voluto vedere se vi fosse un rapporto per l'insorgenza della malattia e la data delle vaccinazioni.

Mesi trascorsi dalla vaccinazione alla malattia.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	oltre 12 mesi	totale
9	24	24	19	29	28	35	18	4	5	3	5	12	226

Togliendo la cifra bassa che si osserva al 4° mese sembra da questa tabella che la morbidità vada aumentando quanto più ci allontaniamo dalla vaccinazione e che raggiunga un massimo al 7° mese da essa.

Da quest'epoca le cifre vanno di nuovo abbassandosi e ciò è dovuto al fatto che la massima parte dei soldati al 6° mese viene rivaccinata.

Mi sembra invece che non passi alcun rapporto fra la protezione stessa e l'intensità della reazione vaccinale che avevo avuto cura di segnare accuratamente per ognuno degli esaminati.

*
* *

Su 395 casi di tifo batteriologicamente accertati morirono 29. Di questi, 3 non avevano subito alcuna vaccinazione; in altri tre la diagnosi batteriologica fu di Paratifo *A* contro quale non avevano subito vaccinazione.

La mortalità perciò fu del 5,8 %. Se poi si tiene conto che di questi 29 due avevano avuto la vaccinazione l'uno 15 l'altro 18 mesi avanti e nei quali perciò la protezione vaccinale si può considerare nulla la cifra dei morti per tifo e Paratifo *B* (1) e di 21 e cioè del 5.3 %.

Percentuale come si vede molto più basse di quanto si abbiano nei malati di tifo non vaccinati, e sicura perchè la diagnosi clinica era sempre fatta o confortata dall'esame batteriologico e comprende perciò solo i casi di tifo e Paratifo *B* che avevan subito le vaccinazioni da non *oltre sei mesi.*

***

I casi tipici di tifo sono rarissimi, e per lo più colpiscono soldati che non subirono per qualche combinazione la vaccinazione antitifica o nei quali fu incompleta (1-2 vaccinazione). Per lo più si tratta di forme miti, talora a tipo ambulatorio, con febbre scarsissima: in una grande quantità di casi la roseola o manca o è limitata a scarsissime efflorescenze ai lati del tronco, anche dubbia nell'interpretazione; però ho visto anche qualche caso di roseola abbondante con quasi nulla la sintomatologia generale.

Spesso si tratta di forme con decorso di una settimana, con febbre che supera di poco i 38° alla sera a carattere remittente, oppure di forme con temperatura poco elevata (37°-37°.5) ma nelle quali la durata dell'affezione è uguale e di poco inferiore a quelle del del decorso classico.

Scorrendo le cartelle cliniche di 74 ammalati che subirono le vaccinazioni antitifiche e confrontandole con quelle di 63 ammalati che non le subirono rilevo:

Vaccinati (74).

57 presentarono un decorso che nel suo complesso può essere denominato benigno.
2 un decorso che può essere denominato grave.
5 un decorso che può essere denominato di media gravità.
10 un decorso che può essere denominato regolare.
12 presentarono sintomi dal lato del sistema nervoso (prostrazione, vaniloquio la notte, delirio, in generale sensorio poco libero e aspetto depresso, uno entrato in stato di coma con aspetto di meningitico).
5 complicazioni (cianosi, ipostasi polmonare, miocarditi, otiti medie, nevriti del plesso brachiale).
In 10 la durata totale della malattia superò i 30 giorni e in 10 la temperatura superò o raggiunse i 40°.

Non vaccinati (63).

17 presentarono un decorso che nel suo complesso può essere denominato benigno.
9 un decorso che può essere denominato grave.
40 un decorso che può essere denominato regolare.
14 presentarono sintomi dal lato del sistema nervoso e carattere grave (delirio, sussulti muscolari, mioscienza, incontinenza delle orine, cianosi, irritazione meningea).
17 complicazioni (pleurite emorragica, enterorragia (4) ricadute, albuminuria e adniamia cardiaca, ecc.).
In 20 la durata totale della malattia superò i 30 giorni e in 23 la temperatura superò o raggiunse i 40°.

Dal confronto delle due tabelle si rileva come nella massima parte dei vaccinati 77 % si sia avuto un decorso clinico benigno, nel 0,3 % un decorso grave; l'11 % presentarono sintomi dal lato del sistema nervoso in generale lievi e il 7 % complicazioni di poca importanza. Nel 14 % la malattia superò i 30 giorni e l'altezza massima della febbre raggiunse i 40° e per pochi giorni. Nei non vaccinati solo il 27 % presentò un decorso benigno, il 10.4 % un decorso grave, il 63 % un decorso che si può dire regolare di un tipo classico. Il 23 % presentò sintomi dal lato del sistema nervoso a carattere grave e circa il 27 % complicazioni più gravi che nei vaccinati; nel 32 % la malattia ebbe una durata di più che 30 giorni e quasi nel 40 % la febbre superò e raggiunse i 40°.

Si potrebbe pensare eventualmente che trattandosi di ammalati che provenivano da settori diversi della fronte potesse trattarsi per alcuni di epidemia a forma benigna, per altri invece di epidemia a forma grave, ma io ho avuto anche occasione nella mia permanenza alla fronte di seguire due epidemie di tifo, in due reparti di truppa dei quali uno vaccinato e l'altro no, sviluppatesi per causa del medesimo germe e nella quale perciò non si possono sollevare eccezioni di particolare benignità di infezione o altro.

Quando io prestavo servizio nell'estate dell'anno scorso con un reparto someggiato di Sezione di Sanità, in un reggimento accampato in località molto disagiata a difesa di un passo che vi era salito dopo disagiate marcie dalla pianura lombarda dove si era costituito, si sviluppò una infezione tifosa a carattere di epidemia da contagio per la quale erano condotti al vicino ospedaletto da campo ogni giorno due o tre ammalati.

Il reggimento era vaccinato contro il tifo ed io ricordo il decorso benigno di quel tifo negli ammalati che io andavo visitando ogni qualche giorno essendo il mio reparto vicinissimo all'ospedaletto someggiato. Non si ebbe che un decesso.

Sotto l'accampamento del reggimento fanteria a distanza di circa un chilometro in linea retta in una piccola frazione della quale erano stati evacuati gli abitanti borghesi vennero ad accantonarsi due batterie da montagna e vi rimasero una ventina di giorni per

attendere il loro turno per portarsi alle loro località di combattimento. In questo periodo di tempo si ebbero delle pioggie torrenziali che lavarono tutto l'accampamento del reggimento di fanteria e le acque invadendo le latrine da campo si precipitarono in basso ed inquinarono le cisterne dalle quali prelevavano l'acqua per uso potabile le due batterie da montagna.

Esse non erano vaccinate e vi scoppiò una epidemia a carattere esplosivo di origine sicuramente idrica, per cui ogni giorno molti di quei robusti artiglieri venivano portati al vicino ospedaletto da campo. Molti di essi ne morirono e bastava avere visto la gravità del decorso in essi in confronto dei fanti dell'altro reggimento che in parte erano ricoverati nel medesimo ospedale per convincersi del valore della vaccinazione antitifica.

Non è detto naturalmente con questo che non capiti di vedere anche casi di tifo in vaccinati a decorso grave e anche mortale, ma è anche altrettanto vero che nessuno ha mai pensato che la vaccinazione antitifica dovesse preservare tutti dall'infezione o dalla morte. Queste sono utopie.

Concludendo queste brevi osservazioni che ho fatto sul tifo castrense dal punto di vista batteriologico e clinico posso dire:

1. Le agglutinine della vaccinazione scompaiono rapidamente dallo siero dei vaccinanti in un forte numero di casi. In molti vaccinati permangono in proporzione da rendere positiva la prova di Widal a basse diluizioni.

2. Essendo la sintomatologia classica del tipo completamente variata dalla vaccinazione antitifica, la diagnosi di essa deve essere sempre praticata o confermata dal laboratorio. Fra i mezzi di laboratorio l'emocoltura dà risultati inferiori a quelli che si hanno nei non vaccinati. L'esame batteriologico delle feci dà anche risultati non costanti. La sierodiagnosi di Widal quando si tenga conto di alcune cause di errore, conserva tutto il suo alto valore e ad essa si dovrebbe dare la preferenza nei laboratori di guerra.

3. La vaccinazione antitifica ben eseguita ha cambiato il decorso grave del tifo classico in una malattia a decorso benigno nella massima parte dei casi; ne ha abbreviato il decorso, ha diminuito le complicazioni ed ha abbassato la mortalità a cifre che non si hanno nelle statistiche dei non vaccinati. La protezione vaccinale va diminuendo dal sesto mese.

Pubblicheremo prossimamente:

E. TROCELLO, *L'eterizzazione nel mutismo, nella disfonia e nella tachipnea di natura isterica;*

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI MODENA.
(Direttore prof. L. VANNI).

Ancora a proposito della vaccinazione antitifica

per il prof. dott. T. SILVESTRI, aiuto.

I risultati della osservazione sul largo materiale scaricato dalla fronte e dalla zona di guerra nell'ospedale di riserva di S. Paolo parmi non possono più lasciar dubbio sul valore profilattico della vaccinazione antitifica.

La febbre tifoide infatti è diventata rara fra i nostri soldati, e in ciò si accordano le osservazioni nostre e degli altri paesi belligeranti, il paratifo invece nelle sue più svariate manifestazioni cliniche (diarroica, coleriforme, dissenterica, influenzale, itterica, setticemica, astenica, ecc.) è all'ordine del giorno.

Di qui la necessità di tentare sempre su più larga scala, e presto, vaccini preventivi, magari polivalenti (Castellani), onde poter utilizzare tante giovani energie che riempiono gli ospedali a causa delle sindromi di cui sopra.

Venendo alla clinica della vaccinazione antitifica noi possiamo tener conto:

a) dei fenomeni locali e localizzati;

b) delle manifestazioni generali;

c) dell'influenza che la vaccinazione antitifica può esercitare sul tifo in incubazione o nei prodromi, non che su altre malattie, specie infettive, sopite o latenti.

In questa revisione sarò molto breve, mi fermerò di più soltanto sui pochi fatto ancora poco noto o contraversi.

Fenomeni locali. — Arrossimento, dolore, gonfiore più o meno esteso della zona dove si pratica la vaccinazione, la quale deve essere ipodermica; reazione delle linfoglandole prossimiori (ascelle, collo, ecc.).

Tutti questi fenomeni sono andati scemando col miglioramento della tecnica, del vaccino, tuttavia in parecchi casi si mantengono ancora spiccati (anafilassi?) sebbene disgiunti da manifestazioni generali.

Ad ogni modo la loro importanza è pressochè nulla, cedono in breve spontaneamente.

Un punto sul quale amo fermarmi, perchè non lo trovo accennato, è che l'ingrossamento delle linfoglandole, specie dei cavi ascellari, e prevalentemente del sinistro (forse perchè di regola si comincia la vaccinazione nella regione sottoclavicolare sinistra, e quindi quivi si fanno 2 vaccinazioni di fronte ad una a destra), di regola si mantiene anche dopo 2-3 mesi e più: il che ha valore, anzi una grande importanza pratica, perchè altrimenti si potrebbe

esser tratti a considerarlo quale espressione di processi morbosi indovati nel polmone o di leucemia, ecc. Non è però in nessun momento di disturbo pel malato, tanto è vero che non ne ha affatto nozione.

Fra le manifestazioni localizzate il Bertarelli accenna a tre caso di tiroidite. I lobi della glanrola eran dolenti e tumefatti. Subito dopo la vaccinazione il malato avvertì senso di tensione, di tumefazione, che l'A. mette in rapporto a frammenti di protoplasma con azione elettiva sulla tiroide. La tirodite sarebbe influenzata favorevolmente da una pomata mercuriale con ittiolo.

A vero dire la tiroidite è stata troppo immediata per poter essere riferita senz'altro alla vaccinazione antitifica, a meno che non si potesse trattare di una sensibilizzazione pressochè specifica della tiroide *vis à vis* al tifo, per pregressa lesione tifica o tifosimile: la semplice vulnerabilità generica della tiroide male prestandosi, a mio avviso, a spiegare l'immediato, l'istantaneo processo infiammatorio.

Io pure ne ho osservato un caso in un soldato, che dopo essere stato qualche giorno nel 2° reparto di medicina è passato all'ospedale di Carpi; qui però da qualche giorno prima della vaccinazione era in atto una febbre reumatica, per cui non so decidermi a metter la tiroidite solo a carico del vaccino, ben sapendosi, come di fronte al reumatismo in genere la tiroide sia abbastanza sensibile da reagire anche con un processo infiammatorio.

Sempre a proposito di manifestazioni localizzate voglio accennare a 4 casi di adenite inguinale con esito in suppurazione in soldati scaricati contemporaneamente dalla fronte, i quali affermavano che l'inizio del male era avvenuto 2-4 giorni dopo la vaccinazione antitifica.

Le adeniti non eran certamente di natura venerea, e come risultava che mai avevano sofferto di ulceri, così non poteva pensarsi a valorizzazioni del bacillo di Ducrey.

Come però in soldati venuti parimenti dalla fronte ho avuto agio a diverse riprese di osservare adeniti inguinali suppurate o meno, e ciò all'infuori di ulceri veneree pregresse o recenti, ed indipendentemente della vaccinazione antitifica, così il rilievo di cui sopra perde molto della sua importanza, e più che una conseguenza diretta del vaccino potrebbe venire considerato come un fatto accidentale o semplicemente favorito nella sua esplosione da questo.

Manifestazioni generali:

Febbre. Di regola è modica ed effimera e si presenta in un numero limitato di casi.

Le iperpiressie dei primi tempi della vaccinazione sono ormai eccezionali, per non dire scomparse.

Ingrandimento della milza.

Golscheider, come è noto, fin dal 1914 ha parlato di una splenomegalia da vaccinazione, e le osservazioni ulteriori gli avrebbero confermato che è fenomeno precoce, costante, spiccato e duraturo, tanto che dopo 2 mesi si troverebbe ancora nella proporzione del 6% e solo dopo 3 scomparirebbe.

Ricerche in questo senso fatte da AA. tedeschi hanno confermato il fatto: solo la proporzione e la durata è stato trovata minore.

Io pure aveva riscontrato nei vaccinati frequente ed abbastanza spiccato un tumore splenico, che invano ricercai nei non vaccinati nelle identiche condizioni; e ciò per la durata di 5-6 settimane dopo la vaccinazione antitifica. Da questo momento il fenomeno diventa meno spiccato fino a perdersi completamente.

Ma si trattava in ogni caso di individui malati o convalescenti di angina, di infezioni reumatiche, di malaria recente, lieve, di breve durata, per cui fui indotto a considerare la splenomegalia non come una conseguenza diretta ed unica della vaccinazione, ma quale il risultato di una reattività esagerata del viscere, consecutiva alla vaccinazione, di fronte alla infezione sopraggiunta, tanto è vero che nei controlli il tumore splenico mancava ed era pochissimo spiccato.

Il Frugoni fra le conseguenze della vaccinazione antitifica ha confermata la ipereattività splenica.

L'osservazione ulteriore mi ha confermato sempre più in questo concetto, avendomi dimostrato ancora una volta che se la vaccinazione per sè può dare un ingrossamento della milza, questo non è nè costante, nè spiccato e tanto meno duraturo, e che quando ci troviamo, anche in vaccinati da pochi giorni di fronte ad un tumore di milza ben apprezzabile, questo va messo in conto di qualche malattia in potenza, in atto o in via di risoluzione. Sarebbe quindi imperdonabile errore cullarsi nel concetto di splenomegalia da vaccinazione, invece di cercarne la causa, qualora dessa non sia abbastanza appariscente.

Non ho più avuto occasione di constatare epistassi. Quanto al vomito, alla diarrea, all'enterorragia, ecc., rilevate da qualche autore, bisogna non esser troppo corrivi nel concludere semplicemente in base al *post hoc*, troppe essendo le cause di errore specie nei soldati della fronte, esposti a tutte le intemperie, a tut-

ti gli abusi e quindi alle turbe più svariate gastrointestinali.

Il medesimo ragionamento vale anche per ciò che riguarda certe orticarie (3 osservazioni personali); certe forme cutanee morbilliformi (1 osservazione), o scarlattiniformi (1 osservazione), che seguono da vicino la vaccinazione antitifica.

Le condizioni deplorevoli della pelle, le vaccinazioni anticoleriche, vaiolose fatte alternativamente o successivamente, le turbe gastrointestinali parallele, ecc. sono altrettanti fattori che possono traviare nel giudizio circa la parte che il vaccino antitifico può giuocare nel determinismo delle anzidette manifestazioni cutanee. Ad ogni modo queste sono fugaci, di nessuna importanza.

Influenza della vaccinazione antitifica sul tifo in incubazione o nel periodo prodromico.

Una mia recente osservazione e 4 comunicatemi dal collega Morelli confermano quanto dissi nell'altra nota, e cioè che è assurdo temere la cosidetta fase negativa: in tutti i casi la malattia fattasi palese immediatamente e brutalmente dopo la vaccinazione, ebbe decorso più che normale e la febbre cadde per crisi in 12ª-14ª giornata.

Del resto la vaccinazione antitifica curativa ha dato nelle mani di qualcuno effetti favorevoli anche in casi disperati.

Circa poi il potere della vaccinazione antitifica di valorizzare malattie sopite o latenti, di mobilizzare germi infettivi, è mestieri convenire che diventano sempre più problematiche, man mano che nel sempre crescente materiale di osservazione facciamo un'analisi spassionata dei fatti, dando a ciascuno dei fattori in giuoco il giusto valore (*surménage* fisico, psichico, raffreddamenti, abusi alimentari, ecc.).

Ma più che qualunque ragionamento a dimostrare la innocuità della vaccinazione antitifica, se fatta con tutte le regole e nelle condizioni volute, vale l'osservazione larga, larghissima fatta in questi ultimissimi mesi nelle diverse guarnigioni.

Per stare a quella di Modena i colleghi interpellati unanimamente si accordano nell'affermarmi che tranne qualche rara febbricciattola e qualche caso di reazione locale piuttosto marcata — l'una e l'altra del resto di brevissima durata e cedenti spontaneamente — niente altro hanno osservato.

Ma vi ha di più.

Nelle moltissime vaccinazioni antitifiche praticate nel personale sanitario dell'ospedale di riserva di S. Paolo, e quindi in individui in buonissime condizioni d'igiene, i fenomeni locali e generali hanno fatto difetto, o sono stati addirittura eccezionali e di pochissimo conto.

Ebbene fra tutto questo materiale ho potuto constatare a diverse riprese come il vaccino antitifico siasi mostrato indifferente di fronte alle più svariate manifestazioni tubercolari localizzate croniche, non che a nefropatie pure croniche.

Il che dimostra ancora una volta come le controindicazioni della vaccinazione antitifica si riducano a ben poca cosa: tutt'al più alle forme di tubercolosi e nefrite acuta o riacutizzata.

Tutto quanto ho brevemente riassunto conferma ciò che previdi di già nella mia nota e cioè:

1° che la clinica della vaccinazione antitifica, se questa è praticata come si deve e con vaccino buono, è destinata a scomparire;

2° che quindi le controindicazioni sono eccezionali, se non addirittura nulle.

RIVISTE SINTETICHE.

Le conoscenze attuali su l'artrite alveolo-dentaria.

Dott. BEN. DE VECCHIS, Tenente medico.

L'argomento della così detta — finora — piorrea alveolare, trattato dai dentisti di vecchio stampo, ignari delle più semplici conoscenze anatomo-patologiche, ha generato tale e tanta confusione da riuscire difficile anche oggi farvi piena luce. E invero i termini — piorrea alveolare, blenorrea alveolare, gengivite espulsiva, gengivite scollante, gengivite artro-dentaria, periodontite settica, pericementite calcica-fagedenica, artrite sintomatica dei denti, morbo di Fauchard, morbo di Riggs — rivelano la profonda ignoranza del processo morboso, potendo alcune di queste denominazioni, tutto al più, significare una fase o meglio un sintoma della malattia. Per la stessa ragione, malgrado la loro dottrina, non sono accettabili la denominazione del Medalia — osteomielite mascellare — e quella dello Scervini — gengivite per cementite espulsiva. Dalla definizione che noi daremo della malattia, si vedrà come sia giusto chiamarla artrite alveolo-dentaria. In patologia chirurgica un processo infiammatorio d'una articolazione si dirà artrite, e non perchè sia incominciata o vi partecipino i capi ossei o gli attacchi muscolari, si dirà osteite, miosite.

Io, partendo dagli studii dei nostri Barbagallo, Casagrandi, Vivaldi, Grassi, Chiavaro, Sangiorgi e da quelli di Miller, Epstein, Kartulis, Endeman, Kirk, Schaudin, Cunningham, Loesch, esporrò lo stato attuale delle conoscenze su quest'affezione, considerata, a parte le parole volgari, come la bestia nera dell'odontoiatria, con l'intento di fare notare ai medici gli importanti problemi ed i gravi danni relativi ad essa.

Dopo la carie dentale, che è diffusa nella popolazione in proporzione del 95%, e che produce danni maggiori dello stesso alcool (Owen), viene subito l'artrite alveolo-dentaria, con la differenza che quella è dell'età giovanile, questa dell'adulta, che quella è perfettamente curabile e guaribile, questa no.

Se la sifilide abbrevia, in media, la vita di almeno dieci anni (Bramwel), l'artrite alveolo-dentaria l'abbrevierà, per le ragioni che esporremo, di altrettanto.

Ho compilato quest'articolo con lunga pazienza e, come dicevo, per i medici, poichè ad essi incombe il dovere di coltivare la medicina preventiva, «i di cui moderni passi debbono partire dalla bocca (Mayo)» e di difendere la salute pubblica.

Definizione. — Per artrite alveolo-dentaria s'intende un processo infiammatorio suppurativo cronico dell'articolazione alveolo-dentaria, caratterizzato da stasi e scollamento gengivale, da degenerazione del ligamento aveolare e del pericemento, da necrosi delle pareti alveolari e delle radici dentarie e, come esito finale, da perdita dei denti e da riduzione delle mascelle.

Storia e distribuzione geografica. — Che l'artrite alveolo-dentaria sia una malattia antica quanto la storia dell'umanità risulta dagli studi del Yonuger che, esaminando i denti e le mascelle degli antichi Egizi (3000 anni avanti Cristo), riscontrò nelle radici dentarie, erosioni simili a quelle che noi vediamo nella seconda fase dell'affezione.

Il primo a far cenno della malattia, senza che nessuno autore lo abbia finora nominato, fu il Marinello (1574) che si esprime così: «alla fine se i denti fossero tanto deboli che non ci fosse alcuna speranza di ritenerli, facciansi legare con un filo di seta con gli altri denti..... e poi se dentro vi fosse alcuna superfluità, pongasi ogni sollecitudine ed impegno a rimuoverla e, poichè saranno bene netti, li laverete ogni giorno con vino caldo».

Dopo del Marinello ch'io sappia, ne parlò il Fauchard nel 1728 che ne descrisse le caratteristiche cliniche e la chiamò «una specie di scorbuto». Nel 1758 ne trattò il Jourdain e nel 1823 il Toirac che la chiamò per primo piorrea alveolare. Il più grande contributo alla conoscenza dell'artrite alveolo-dentaria fu portato dal Magitot (osteo-periostite alveolo-dentaria) che, fin dal 1867, ne descrisse l'infiammazione distruttiva e la collegò alle affezioni generali. Dopo del Magitot ne trattarono il Serran, il Rehwinkell, il Witzel, l'Ingersoll, il Blak, il Reese e tra gli autori viventi dobbiamo ricordare il Darby, il Kirk, il Talbot, il Rhein, l'Ottolenghi e in Italia il Chiavaro, lo Scervini, il Guerini.

È stata ed è una malattia diffusa quanto il raggio della civiltà in tutti i tempi ed in tutti i luoghi. Lo dimostra il fatto che tutte le riviste dentarie del mondo ne discutono continuamente. Ne soffre maggiormente la classe alta. Ne sono immuni alcune tribù dell'Africa che menano ancora una vita selvaggia. Tra i personaggi storici dobbiamo ricordare il Papa Giulio II che perdette i suoi denti a causa di questa affezione. A parte i biografi, lo dimostra il celebre quadro di Raffaello, in cui le guance del grande papa Mediceo sono flosce, infossate, rugose e la mandibola piccola, ridotta, sfuggente.

Nella mia relazione sul servizio Stomatoiatrico dell'ospedale contumaciale di Pordenone, su 822 casi di malattie orali se ne sono presentati 30 di artrite alveolo-dentaria. È una percentuale bassa, ma si deve por mente che si trattava di soldati al di sotto del 40° anno.

Etiologia. — All'infuori della tubercolosi, nessuna malattia ha così evidenti le due cause generali: la predisponente o coadiuvante e la determinante. Le cause predisponenti sono quelle forze, meccaniche, chimiche, tossiemiche che rompono il normale equilibrio e diminuiscono le resistenze organiche; le determinanti sono date dai batteri. Così che le numerose varietà di piorree che si trovano nei libri di testo: piorrea nefritica, basedowiana, diabetica, sifilitica, diatesica, gastro-enterica, infettiva, traumatica non sono varietà ma casi che occorrono in nefritici, diabetici, ecc.

Le cause predisponenti si dividono in sistematiche e locali. Tra le prime annoveriamo: l'acetosi nei diabetici, l'ateromasia e l'iperplasia connettivale nei nefritici, sifilitici, diatetici, l'alterazione delle secrezioni che bagnano la bocca e favoriscono la concrezione e i depositi nei gastro-enterici, dispeptitici.

Nelle cause locali comprendiamo le maloc-

clusioni, i depositi, i procedimenti operativi sbagliati, le lesioni meccaniche.

Nelle cattive occlusioni la chiusura delle mascelle e l'atto della masticazione distribuiscono irregolarmente la pressione e, mettendo in riposo alcuni denti, creano delle stasi venose gengivali, ed impediscono la pulizia della bocca, fatta dalla lingua, la vera spazzola del cavo orale.

I procedimenti operativi sbagliati possono produrre malocclusioni, spazi dentali in riposo, cavità anormali.

I depositi impediscono la vascolarizzazione delle gengive e favoriscono le iperemie passive. Vogliamo così dire qualche cosa intorno ad essi. Adottando la classificazione dello Spies, i depositi si dividono in duri (tartaro), in soffici, in salivari e sierosi. I duri sono costituiti da sostanze organiche e concrezioni, i soffici da detriti alimentari, cellule morte e saprofiti, i salivari dai sali contenuti nella saliva (solfocianato di potassio, fosfati), sierosi, o calcoli da siero, come li chiama il Brown, da sfaldamenti del ligamento peridentale, dall'effusione del siero del sangue.

Le lesioni meccaniche sono prodotte da steccadenti, archi ortodontici, spilli.

Cause determinanti. — Non è stato difficile ai grandi batteriologi riscontrare una infinità di forme batteriche nelle saccocce piorroiche. Necker, per esempio, ha rinvenuto:

lo staffilococco piogene aureo;
lo staffilococco piogene albo;
lo staffilococco piogene citreo;
lo staffilococco piogene fetido;
lo streptococco piogene;
lo streptococco viride;
il diplococco pneumonico;
la leptothrix buccalis;
lo spirochete refrigente.

Gli esami, eseguiti dal Brown nel laboratorio di Mulford, del pus delle saccocce piorroiche mostrano l'universale e continua presenza del micrococco catarrale, dei bacilli difteroidi ed altri già menzionati da Necker.

Allen, Goadhy, Cuminin, Rosenberger, oltre ai soliti microrganismi, hanno rinvenuto varie forme di actinomiceti. Stewart, De Vecchis, D'Alise i bacilli tubercolari. Sangiorgi varie forme di spirilli e spirocheti.

Nel 1904 il Prowazek, ripigliando gli studi del Gross (1849) e del nostro Grassi (1879) dimostrò la presenza delle amebe e nel 1914, contemporaneamente, ma indipendentemente, il Barret e Smith, nell'istituto di patologia generale dell'Università di Pennsylvania ed il Chiavaro nell'istituto di anatomia comparata dell'Università di Roma, dimostrarono nella materia alba la presenza dell'entameba boccale. Il Barrett e Smith però sostennero che questa fosse l'agente causale dell'artrite alveolodentaria ed il Chiavaro che «l'entameba non ha azione patogena, anzi, siccome si nutre di batteri, è molto probabilmente un ausiliario dell'autodisinfezione della bocca». Dello stesso parere, trattando dell'ameba Löschia, che forse è la stessa cosa, è il Castellani, quando dice che questa è un ospite innocuo del tubo intestinale dell'uomo. Il Talbot, richiamandosi agli studi del Miller (1884) che isolò nel cavo orale 150 varietà di batterii, combatte l'opinione dei suoi connazionali e la stessa cura fatta a base d'emetina.

Perchè dunque non ritenere che l'artrite dento-alveolare non dipenda da una simbiosi batterica? Perchè non ritenere, costituendo essa un processo morboso cronico, che avvenga una fagocitosi tra gli stessi batterii e si abbia una virulenza attenuata anche per la formazione di anticorpi, di opsonine?

Considerando dunque l'enorme miriade di microrganismi nel cavo orale (pare che il numero ascenda a circa tre miliardi) la permanenza di detriti alimentari anche piccolissimi e le speciali condizioni di umidità, calore ed oscurità, che favoriscono la vita dei germi, non a torto il nostro compianto maestro, D'Antona, riteneva che la bocca fosse la regione più sporca dell'*organismo*.

Sintomatologia. — Sebbene nessuno autore lo abbia tentato, trovo conveniente, sotto vari aspetti, dividere la sintomatologia in tre fasi.

Prima fase. — La malattia principia con una lieve stasi sanguigna: le gengive sono torpide, arrossite, flosce. I denti non sono più, come scriveva il Marinello, «orlati, legati, rincalzati» da esse. Un senso di prurito molesto per cui si cerca frugare con uno steccadenti, che generalmente si macchia sempre di sangue. La gengiva qualche volta diventa ipertrofica e può presentare piccole ulcerazioni ed esfoliazioni epiteliali. In breve, dunque, la prima fase è caratterizzata da iperemia passiva e denudamento del colletto.

Seconda fase. — Si formano delle saccocce piorroiche dalle quali, sotto la pressione, viene fuori un pus gialletto. Qualche rarissima volta, per la non prevalenza dei batterii piogeni, le saccoccie e il pus possono mancare del tutto. Attorno al colletto si osservano delle erosioni per lo più lineari. Il dente incomincia a vacil-

lare. Sensazione dolorosa al caldo ed al freddo. Masticazione difficile.

Terza fase. — La parete alveolare si necrotizza, il pericemento ed il legamento alveolo-dentario si fondono. Le sonde s'introducono facilmente da e per ogni dove ed urtano contro delle scabrezze. Le radici dentarie si corrodono, il dente si solleva. La suppurazione diffusa provoca ascessi e fistole. La bocca acquista un sapore acre ributtante, l'alito diventa fetido.

Come per le altre malattie divise in periodi o fasi, non v'è una separazione netta, così anche per l'artrite alveolo-dentaria. Varia dunque e complessa è la sintomatologia, e veramente più che una sola infiammazione essa è costituita da gengivite, pericementite, apicite, osteite, nevrite e difatti tutti i segni clinici di queste affezioni si riscontrano in essa.

« L'ordine, — scrive lo Scervini — nel quale i denti sono attaccati è molto vario, però, si riscontra l'ordine atavico, cioè i denti sono attaccati nello stesso ordine come lo furono nei genitori ».

Anatomia patologica. — In un primissimo tempo alla iperemia gengivale attiva, causata dai batteri e loro prodotti (tossine), potrebbe succedere una certa iperplasia. Ad ogni modo la condizione morbosa che merita d'esser sempre tenuta presente è la stasi venosa, che, oltre dalla causa anzidetta, potrebbe anche dipendere da trombosi vasale. La gengiva perciò si presenta di colorito rosso-bruno, edematosa, scollata. Attorno al colletto dei denti un essudato sieroso o siero-purulento. L'erosione o l'abrasione del colletto si ha per effetto della putrefazione delle sostanze alimentari, delle cellule morte e del pus stesso, nei di cui processi si forma acido solfidrico, mercaptano e forse tutta la serie dei composti di March, che oltre ad intaccare la sostanza dura del dente, dànno un alito fetido. Per l'incompleto circolo capillare e la sanguificazione difettosa si produce un disturbo di nutrizione elementare delle cellule, detto *necrosi anemica.* Dalle gengive il processo si diffonde al pericemento, al legamento alveolo-dentario, all'alveolo e si avrà così una necrosi degli elementi cellulari di questi tessuti, per cui i tessuti duri si decalcificano e i molli si assottigliano, scompaiono. Risulterà così un'azione degenerativa di tutte le parti che costituiscono l'articolazione.

Dall'esatta comprensione dell'anatomia patologica, non so perchè tralasciata da quasi tutti i libri di testo, il quadro morboso acquista la sua vera e propria entità. La scarsa valutazione dell'inizio della malattia o della prima fase ha menato a diversi errori diagnostici e terapeutici e difatti la gengivite interstiziale profonda del Talbot non è che artrite alveolo-dentaria.

Complicanze. — Possono i microrganismi dell'affezione locale, questi commensali poco virulenti ed apparentemente inermi, esaltare, sotto certe circostanze, la loro attività e divenire nemici mortali dell'uomo? Nella bocca i batteri da saprofiti imparano a divenire parassiti, a crescere cioè, a moltiplicarsi nei tessuti del corpo animale, ad affilare, starei per dire, le armi e difatti Rosenow vede nelle tonsille la sede dove gli streptococchi acquistano la proprietà di produrre il reumatismo articolare acuto. Stewart d'altronte crede che l'ingresso dei batteri nella corrente sanguigna accade generalmente da parte delle gengive malate. Difatti Watkins ha esaminato il sangue dei sofferenti di artrite alveolo-dentaria ed ha trovato che è quasi simile a quello degli affetti da carcinoma avanzato e da febbre puerperale.

È stato sufficientemente dimostrato da Hunter che il pus dell'artrite alveolo-dentaria è la più grande sorgente d'infezioni generali che vanno dalle gastriti alle affezioni settiche.

Dirò brevemente le complicanze che l'artrite alveolo-dentaria produce nei diversi sistemi e prima di tutto ribadisco la verità che essa rafforza ed aumenta negli individui le cause predisponenti.

Sistema vasale: anemie, endoarteriti, linfangiti, endocarditi, Hartzell riferisce tre casi di morte da endocardite settica da artrite alveolo-dentaria.

Sistema ghiandolare: ductiti, sottomascellariti, sottolinguaiti, adenoflemmoni. Hunter riferisce varii casi di morbo di Bright da artrite alveolo-dentaria.

Sistema gastro-enterico: dispepsie, catarro gastrico subacuto, ulcere gastriche e duodenali, enteriti, coliti mucose. Park riferisce dei casi di appendicite acuta da artrite alveolo-dentaria.

Sistema articolare: reumatismo articolare acuto, artriti deformanti.

Sistema nervoso: nevralgie ricorrenti del V paio (Scervini), sclerosi della corda spinale (Hunter), nevriti tossiche (Lewis). Ricordo un affetto da gasserite nella clinica neuro-patologa dell'Università di Napoli, per il quale il Bianchi, come fattore etiologico, pensò all'artrite alveolo-dentaria.

Sistema respiratorio: tubercolosi (Knopf), pulmoniti acute (Kirk).

Sistema cutaneo: orticaria, eczema (Cummins).

Affezioni varie: cancroidi, epulidi, sinusiti, empiemi dell'antro, ascessi metastatici nei vari triangoli del collo e talvolta anche nella regione ascellare, deperimento organico (Roe).

I batteri dunque dell'artrite alveolo-dentaria che entrano nello stomaco durante la masticazione, quando potrebbero essere uccisi dall'acido idroclorico e durante gli intervalli, quando quest'acido è generalmente assente, diminuiscono il potere difensivo o l'annullano del tutto e quando gli enzimi e gli anticorpi (ambocettori, opsonine, batteriolisine) perdono il potere di lotta, allora la vita stessa incomincia ad essere gravemente minacciata, perchè se le affezioni chirurgiche dipendenti da essa, possono facilmente essere curate, quelle mediche non lo saranno quasi mai.

Diagnosi. — Sarà un po' difficile nella prima fase, ma oltre la stasi gengivale ed il denudamento del colletto, si terrà conto della storia clinica, della affezione generale, dell'età dell'infermo. Del resto, tutto al più, si potrà differenziare dalle gengiviti (gengivite da tartaro, traumatica, mercuriale, infantile, neoplastica, flemmonosa, delle mestruanti, delle gravide). Nella seconda e terza fase non v'è diagnosi più facile.

Prognosi. — Fausta nella prima e seconda fase. Nella terza, indubbia se non infausta in riguardo alla valitudine. La prognosi infausta in riguardo alla vita più che dell'artrite si desumerà dal grado delle complicanze.

Cura. — L'efficace apprezzamento dei due fattori etiologici è importantissimo per gli effetti e la durata della cura. È sempre ottima cosa consigliare l'infermo di ricorrere ad un clinico che gli stabilisca la diagnosi ed il trattamento dell'affezione sistematica. Io dirò le cose principali sulla cura locale.

Come per tutte le artriti suppurate non v'è altra cura che quella chirurgica, così anche per l'artrite alveolo-dentaria, il trattamento non può essere diverso. La farmaco-terapia (emetina, acido solforico-aromatico, joduro di zinco, ecc.), la siero-terapia (il siero polivalente sensibilizzato del Besredka (1902) sono secondarie se non inutili.

Il concetto informativo della cura dell'artrite dento-alveolare è ancora quello del Marinello «Se dentro (negli interstizi) vi fosse alcuna superfluità, pongasi ogni sollecitudine ed impegno a rimuoverla».

Nella prima fase si rimuoverà il tartaro con adatti raschiatori (sono da preferirsi quelli di Harlan, Tompkin, Kirk, Adair, Abbot). La rimozione del tartaro è una operazione paziente e delicata, esige una mano molto abile e molto tempo. I dettagli preparatorii del raschiamento consistono nella disinfezione del cavo orale (permanganato all'un per tremila e nella pennellazione delle gengive e dei denti con tintura di jodio che se non altro ha la virtù di essere fissatrice dei batteri).

«È di vitale importanza (non so fare a meno di riportare le parole del mio illustre maestro, il Kirk) per il successo dell'operazione che l'operatore concentri la sua attenzione esclusivamente su il singolo dente che tratta e che rivolga il suo tempo e la sua mano a quel solo dente, finchè sia convinto che la radice o le radici siano libere di qualsiasi deposito di qualsiasi natura. L'ideale sarebbe di rimuovere le ultime particelle di tartaro in contatto con gli attacchi marginali del pericemento: tutte quelle particelle che precedono l'ultima sono di una importanza relativamente minore, chè se l'ultima resta, l'intero intervento risulta in un fallimento».

Dopo il raschiamento si farà un'altra pennellatura di tintura di jodio e si farà sciacquare la bocca dell'infermo con soluzione tiepida di cloruro di sodio.

Seconda fase. — Lo stesso raschiamento eseguito nella prima fase. Allargare le saccoccie, scucchiaiarle, disinfettarle. Bisogna, come si dice, appianare e lumeggiare gli ascessi e le fistole, e non è facile dirne le modalità: bisogna regolarsi caso per caso. Durante il corso dell'operazione il più delle volte, si ha una discreta emorragia che è quasi sempre benefica, in quanto decongestiona di tutto quell'inutile sangue venoso le gengive. Se ad ogni modo si riterrà eccessiva, si fermerà con un getto prolungato d'acqua tiepida o con un batuffolo bagnato in una soluzione di acido tricloro-acetico.

Dicevo che un getto prolungato, poichè io uso sempre lavare le cavità ascessuali e pulire e tonicizzare con un getto di soluzione fisiologia tiepida.

Qualche libro italiano accenna ancora alla causticazione con l'ansa galvanica di platino, arroventata in sede e mantenutavi per qualche secondo. Se è vero che con ciò si distruggono dei tessuti patologici (il cucchiaio fa in fondo lo stesso) e si determina una iperemia attiva, un accorso di linfociti e leucociti che spazzano e rimpiazzano, si distruggerà ancora dei tessuti sani, delle granulazioni buone, e si determinano delle escare che cadranno poi in necrosi. Si ottureranno le cavità e le erosioni.

Terza fase. — Se l'infezione è estesa a pochi denti è bene praticare senz'altro l'avulsione. Oltre al trattamento già indicato, si potrà procedere alle apicectomie, all'alveolotomia, al rimpiazzo con apparecchi a ponte, quando è possibile, o a caucciù. Certo la curabilità di questa fase non è praticamente possibile. L'età dell'infermo, la malattia sistematica trascurata, lo stato anatomo-patologo locale non permettono un trattamento assicurante. Con ciò non intendo dire che si abbandoni l'infermo a sè stesso, ma semplicemente che la guarigione anatomo-fisiologica non si avrà mai.

Profilassi. — Anche volendo essere dominati dai concetti delle vecchie scuole: «una persistente gengivite con esagerazione degli spazi tra i denti e la gengiva vuol dire, per regola, una futura piorrea» (Burchard-Inglis: *A text book of dental Pathology* - 1912), la profilassi orale s'impone in un modo assoluto nelle primissime manifestazioni dell'affezione. Essa non richiede che pochi centesimi e pochi minuti: «una soluzione di sale fisiologico alla temperatura del corpo, uno spazzolino ed un po' di carbonato di calcio sono le misure più salutari ed efficaci tra quelle conosciute» (Prinz). Se la pulizia giornaliera della bocca è necessaria per chi l'ha sana, a maggior ragione per chi incomincia ad avvertirvi un disturbo. Pur troppo però in Italia la propaganda orale non è che al suo inizio per il fatto che la professione odontoiatrica non ha avuto che appena qualche cultore di notevole benemerenza pubblica. Non è stato un dentista o un medico ad affermare che «i moderni passi della medicina preventiva debbono partire dalla bocca», ma il Mayo, il più grande luminare della chirurgia americana.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sostituzione dell'albumina animale con quella vegetale, in batteriologia.

Nota preventiva di tecnica microbiologica

per il dott. MARIANO MITRA, ufficiale sanitario.

È stato dimostrato che la vitalità dei germi è in diretto rapporto coi mezzi nutritivi su cui essi vegetano. È così che si spiega perchè alcuni germi preferiscono un terreno di cultura a un altro, il perchè una parte di essi in alcuni terreni nutritivi conservano la loro virulenza, il loro pigmento, secernono tossine, mentre in altri terreni perdono rapidamente i loro attributi biologici, es.: la loro virulenza, la proprietà di disgregare alcuni complessi organici, ecc.

Tutti questi fenomeni che si notano nella comune pratica di batteriologia hanno la loro ragione di essere nella diversa composizione dei mezzi nutritivi.

Anche per gli organismi superiori è stato dimostrato una speciale esigenza da parte degli elementi anatomici per speciali sostanze nutritive.

Così per es. si è visto che a prescindere dalle condizioni d'isotonia dei mezzi nutritivi in cui un elemento vive, ha bisogno pure esso di certe sostanze perchè possa mettere in mostra le sue reazioni vitali.

Ringer ha dimostrato che per mantenere in vita le cellule muscolari lisce o striate erano solo necessarie la presenza del NaCl in quantità tale da rendere il liquido isotonico e quantità determinate di altre sostanze, di sodio, di potassio e calcio perchè il muscolo conservasse la sua vitalità e reagisse contraendosi agli stimoli esterni.

A quell'epoca si esagerò al riguardo perchè s'è vero il concetto di Ringer nelle sue linee generali «che una cellula muscolare *può vivere in un ambiente completamente privo di sostanze azotate e idrocarbonate*», pur nondimeno l'osservazione di Loke prima e di Langendorf dopo, misero in evidenza che una fibra muscolare si contrae più energicamente e molto più a lungo se al liquido di Ringer si aggiunge in determinate quantità glucosio o sangue defibrinato dello stesso animale. Cosicchè per gli organismi superiori è indubitato che la loro esistenza è legata alla possibilità di trovarsi in contatto con un mezzo nutritivo contenente i principii necessari alla loro vita, principii che possiamo considerare come nutritivi benchè in gran parte siano derivati dal

mondo inorganico. Si è detto che per gli organismi inferiori non fossero necessarie sostanze alimentari complesse. Si è portato l'esempio di microrganismi capaci di vegetare in acqua distillata; però questi germi non appartengono alla generalità dei microrganismi e poi non è stato tentato di ottenere H^2O completamente priva di quelle tali sostanze organiche che suole contenere la comune acqua distillata. Questi microrganismi sono quelli che possono vivere in ambienti che contengono il minimo possibile di sostanze nutritive. La generalità dei germi ha bisogno di terreni speciali specialmente ricchi di sostanze azotate e di sali, specialmente sodio. Esistono è vero altre specie di batteri che vegetano in terreni nutritivi contenenti solamente idrati di carbonio, ma ci troviamo sempre davanti alla quistione generale di adattare terreni speciali per speciali microrganismi. Così vi sono microrganismi che hanno bisogno di sostanze azotate non sotto forma di comuni albuminoidei ma invece sotto forma di albumose, sotto forma di emoglobina e vi sono altri generi che non vegetano se non nel siero di sangue umano.

Esiste però un gruppo di microrganismi che noi possiamo chiamare comuni, sia patogeni che saprofiti, i quali vivono in un terreno che possiamo dire comune costituito da albuminoidi e da sali.

Nell'allestire i terreni di cultura si usa l'ormai vecchio sistema del brodo di carne con aggiunta di peptone. La preparazione di questi terreni porta con se sciupio di molta carne e anche il disagio di procurarsi carne di bassa macelleria non facile a trovarsi nei nostri paesi se non a prezzo di sacrifici economici specie in questi tempi in cui la guerra assorbe tutto assottigliando sempre più la produzione carnea.

Ho quindi pensato di sostituire terreni d'albumina vegetale a quella animale e di cercare una utile innovazione in questo campo di tecnica batteriologica che può riuscire di certa importanza per i piccoli laboratori dove si dispone di mezzi economici limitati. Ho fatto due serie di ricerche. Ho preparato un brodo di legumi clorurato senza l'aggiunta di peptone e un altro con l'aggiunta di peptone.

In ambedue i casi ho preparato il brodo seguendo i sistemi generali in uso e cioè esposizione a lento calore d'acqua e legumi (ho adoperato fagiuoli gr. 300 in 3 litri d'acqua). Prima ancora che la cottura del legume è completa e propriamente quando il guscio di esso comincia a far le crespe appena visibili, il brodo è fatto. Seguono i processi di filtrazione, di reazione, di rischiaramento come nel brodo di carne.

Ho esperimentato solamente su sei microrganismi; b tifico, coli, paratifo *A* e *B*, dissenterico e proteo. Ho avuto in tutti i tubi sviluppo rigoglioso, sia nel primo innesto che negl'innesti successivi. Ho potuto notare la conservazione della maggior parte dei loro caratteri culturali e della loro patogenicità.

Ho esperimentato con agar su brodo peptonizzato e no, con esito quasi identico, riservandomi di dare ampie comunicazioni dei miei risultati dopo la continuazione delle ricerche estese anche su altri germi con uno studio più largo e minuzioso sui varii attributi biologici di essi in dipendenza del nuovo sostrato nutritivo (1).

Con le mie osservazioni io mi credo autorizzato a concludere che ai terreni in cui si contengono sostanze albuminoidei di origine animale possono essere sostituiti efficacemente terreni a contenuto albuminoideo esclusivamente vegetale e questo fatto è tanto più importante quando si pensi che forse alla aggiunta di peptone, come si pratica nei comuni terreni nutritivi, si può rinunziare completamente, almeno per i germi che ho coltivato.

La vitalità dei germi non è per nulla alterata: possono essere riinnestati nell'identica maniera e infinitamente come avviene per i comuni mezzi di cultura.

La virulenza dei germi sviluppatisi in questi terreni non ha nulla a soffrire e si mantiene tale e quale come nei terreni ordinari.

Se si tiene conto anche della facilità con cui si può procedere alla preparazione dei terreni senza bisogno di complicate e interminabili preparazioni come suole avvenire per i comuni terreni di cui si fa uso di carne e peptone, mi pare che la preparazione che propongo debba considerarsi come una notevole semplificazione in materia di tecnica batteriologica.

Si può quindi fino a un certo punto sostituire l'albumina animale con quella vegetale senza che s'abbiano a lamentare inconvenienti di sorta. Questo concetto rientra nella grande quistione di fisiologia dell'alimentazione, dov'è noto che in buon numero di casi è possibile praticare una tale sostituzione e non è anzi esagerato poter dire che l'alimentazione vegetale dovrebbe tenere il primato e sostituire completamente l'alimentazione animale anche per i carnivori se le condizioni del tubo digerente di questi animali fossero capaci di ela-

(1) Ripiglierò, spero, le ricerche dopo il servizio militare a cui sono stato chiamato.

borare nel loro tubo digerente quell'enorme quantità di sostanze digerenti che sono necessarie per potere arrivare ad accumulare quel tanto di albumina vegetale sufficiente alla loro vita come avviene negli erbivori. Ma negli organismi inferiori dove l'elaborazione dell'albumina animale e vegetale avviene con la stessa facilità, non ci dovrebbero essere ragioni di una tale preferenza.

Sclafani, febbraio 1917.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Il trattamento delle ferite infette secondo il metodo Carrel.

(P. DESFOSSES. *La Presse Médicale*, n. 66).

Il metodo di Carrel per la disinfezione delle ferite rappresenta, secondo l'A., il più grande progresso della tecnica chirurgica dall'inizio della guerra. Esso riassume l'applicazione logica dei principî della moderna chirurgia: apertura larga della ferita, distruzione dei microrganismi che vi possono essere contenuti per mezzo di una sostanza chimica, chiusura successiva della ferita; senonchè ha il grande valore di realizzare in maniera eccellente ciò che gli altri metodi ottengono in modo mediocre.

È forse a cagione dell'avere applicato principî e sostanze già conosciute che la tecnica di Carrel ha sollevato meno rumore di quello che avrebbe fatto la notizia della scoperta di un nuovo antisettico; ma appunto per questo è tanto più opportuno richiamare su di essa l'attenzione del maggior numero possibile di chirurgi; poichè se giustamente fu detto che Pasteur aveva insegnato ad essi a lavarsi le mani ben si può dire che Carrel ha insegnato a lavare le ferite.

Il primo atto del metodo di Carrel è costituito dalla scrupolosa pulizia del ferito e dalla apertura larga, netta della ferita; con incisione di tutti i tramiti, estrazione di tutti i corpi estranei, asportazione di tutti i tessuti mortificati o putrefatti.

Questa pulizia meccanica chirurgica completa è seguita dalla disinfezione continua della ferita con un antisettico, il liquido di Dakin, portato a contatto di tutte le anfrattuosità, di tutti i diverticoli, di tutta la superficie cruenta, così da potervi agire ad una adatta concentrazione e per la durata necessaria a far risentire la sua efficacia; mentre sino ad ora i chirurgi avevano usato antisettici o troppo forti o troppo leggeri e per un periodo di applicazione insufficiente ad uccidere i microrganismi, ma bastevole a ledere le cellule dei tessuti.

La maniera di rispondere delle ferite al trattamento di Carrel non può essere controllata col semplice esame clinico; e perciò lo studio batteriologico delle secrezioni è la guida necessaria a questo metodo di cura; che si può riassumere nella utilizzazione, controllata dal microscopico, di una sostanza determinata, in condizioni di contatto, di concentrazione e di durata stabilite con l'esperienza diretta su ferite infette.

La sterilizzazione chimica delle ferite viene realizzata con *l'instillazione* o *continua* o *intermittente* della soluzione di Dakin in tutte le anfrattuosità delle ferite. Un recipiente di vetro della capacità di un litro è sospeso all'altezza da cinquanta centimetri a un metro su di un'asse di legno, fissata al punto più adatto del letto. Alla parte inferiore del recipiente è

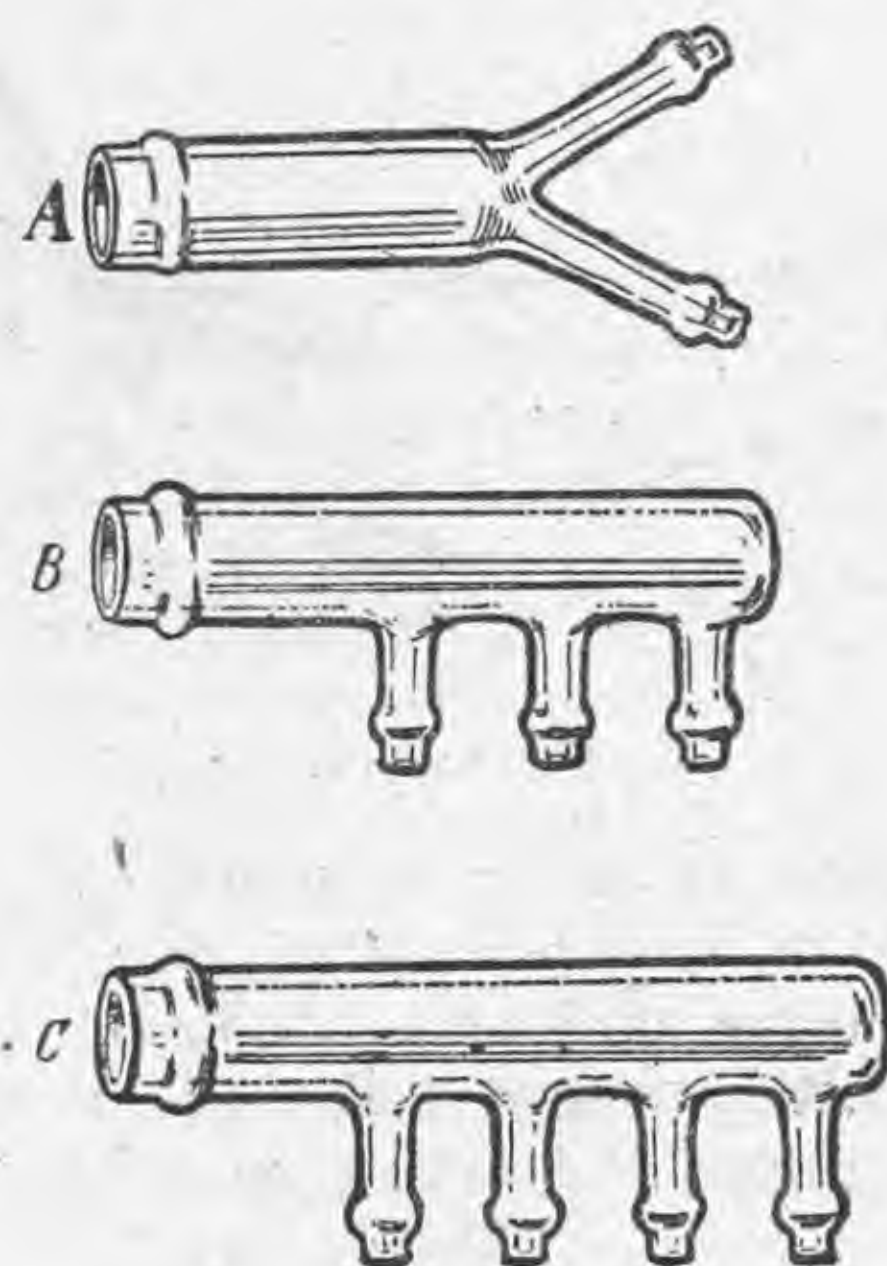



Fig. 1.

innestato un tubo di caoutchouc del diametro interno di mm. 7 e della lunghezza di m. 1.50, alle cui estremità si uniscono i tubi destinati a condurre il liquido a contatto della superficie cruenta.

Se l'instillazione deve essere continua a dieci centimetri circa al disotto del recipiente si intercala un rubinetto regolato in modo che il liquido scenda goccia a goccia; se si desidera invece la instillazione intermittente, ora la più usata, si applica allo stesso punto del tubo una pinza a molla di Mohr, che ogni due viene tenuta aperta per qualche secondo dall'infermiere di servizio.

Nell'un caso e nell'altro la quantità del liquido è così scarsa che l'assorbimento da parte

della medicatura e l'evaporazione rendono inutili tubi o recipienti di scarico.

I tubi conduttori dell'antisettico entro la ferita sono di caoutchouc rosso, del diametro interno di mm. 4 e con la parete dello spessore di mm. 1, per modo da essere resistenti e flessibili, da poter penetrare in tutti i diverticoli, resistere in modo sufficiente alla pressione dei muscoli e della fasciatura.

Alcuni sono chiusi alla loro estremità libera e perforati da piccole aperture del diametro di ½ millimetro per la lunghezza di 5 a 15 centimetri a partire dall'estremo chiuso: altri presentano questi forellini nel tratto di mezzo e sono aperti ad entrambi gli estremi, altri infine hanno una sola grande apertura a circa ½ cm. dall'estremo che serve a permettere il passaggio del liquido in caso di obliterazione dell'apertura terminale. I forellini laterali di questi tubi sono di solito in numero di otto per ogni tratto di 5 cm. del tubo: ed i tubi hanno una lunghezza uniforme potendosi allungare per mezzo di raccordi costituiti da tubetti di vetro del calibro di 4 mm. e della lunghezza di 25 mm.

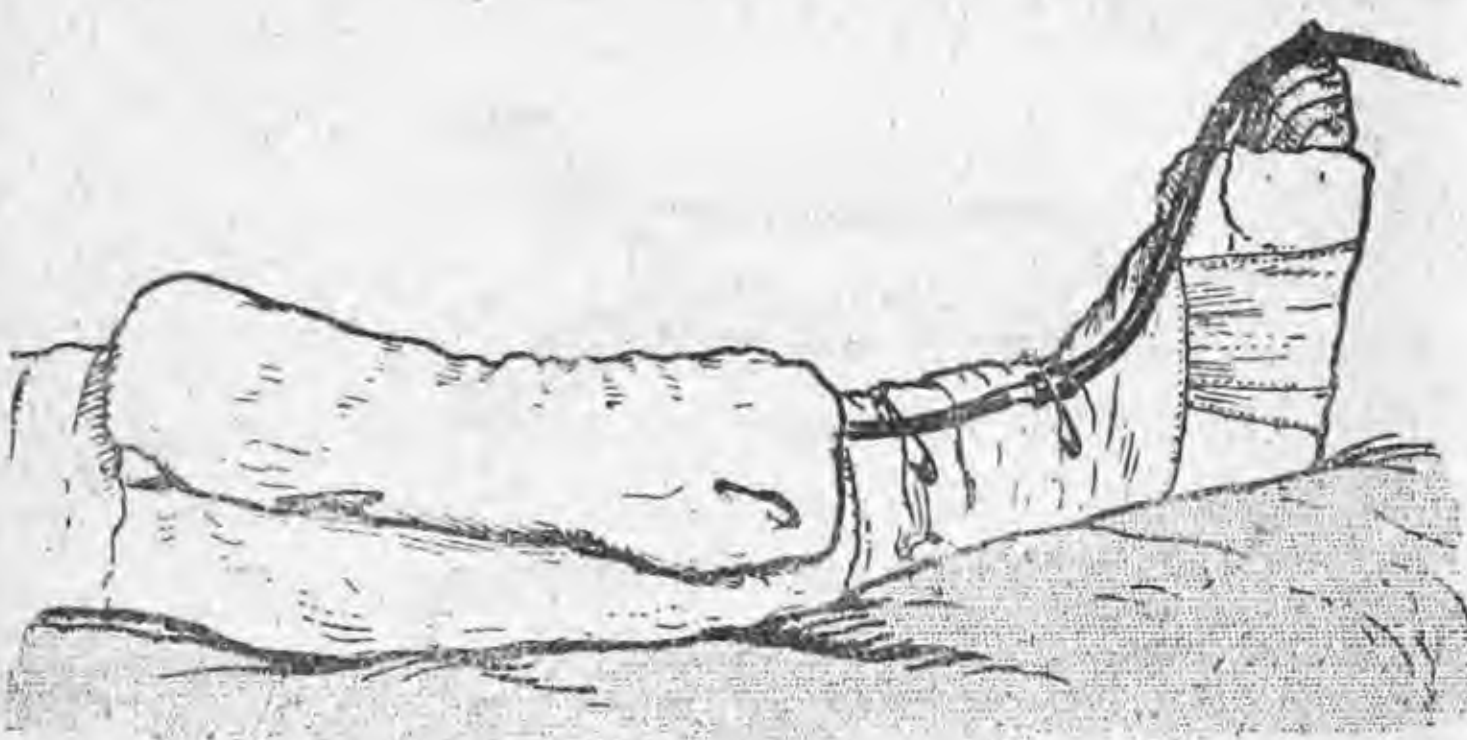



Fig. 2.

Alcuni tubi di caoutchouc sono rivestiti di un tessuto speciale spongioso il quale si imbeve del liquido che vi arriva attraverso i forellini.

I tubi perforati vengono disposti, come si è detto, in tutte le anfrattuosità della ferita in modo da condurre in ogni punto la soluzione antisettica; e sono uniti al tubo di distribuzione per mezzo di speciali cannule di vetro distributrici a due, tre, quattro branche nelle quali essi si innestano. (Vedi figura I).

Messi a posto i tubi, la ferita viene ricoperta con una larga compressa di garza e con abbondante cotone imbevuto della stessa soluzione di Dakin il tutto tenuto in posto senza fasciature per mezzo di spilli di sicurezza; sicchè con grande facilità e senza sofferenze per il ferito se ne può effettuare il cambio, che si pratica ogni 24 ore. (Fig. II).

La medicatura si riduce così ad una manovra semplicissima che può esser fatta con grande rapidità.

Di solito si usa colorare la soluzione leggermente in rosa con permanganato potassico per distinguerla dalla medicatura con semplice soluzione fisiologica. L'instillazione viene praticata ogni due ore aprendo per brevi momenti la pinza di Mohr. (Fig. III).

Viene così ad essere iniettata ogni volta una quantità di 20 a 100 cmc., e quindi 250-1200 cmc. circa nelle 24 ore.

Fig. 3.

La ferita, una volta sterile, può essere suturata in secondo tempo o semplicemente ristretta con opportune striscie di cerotto.

In genere il tempo necessario alla sterilizzazione oscilla fra otto e undici giorni; ma per apprezzare il momento opportuno occorre basarsi sull'esame batteriologico della secrezione della ferita: si può procedere alla sutura quando il numero dei microrganismi è ridotto a zero e tale si è mantenuto per due o tre giorni.

I risultati del metodo sono, secondo l'A., eccellenti; le lesioni così trattate presentano un ottimo aspetto: piaghe rosee senza infiammazione dei bordi, con buone granulazioni, prive di qualsiasi cattivo odore. Questi risultati non possono essere descritti; ma debbono essere visti; e l'A. dichiara che sarà soddisfatto se avrà contribuito a far sì che i chirurgi, senza lasciarsi influenzare da critiche teoriche, vogliano obiettivamente e serenamente sperimentare il metodo descritto per rendersi conto dei suoi grandi vantaggi. L. GUIDI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

SESTA SEDUTA — 5 marzo: ore 15.

Comunicazioni sulle ferite del torace.

Sulla cura delle ferite del torace.

BASTIANELLI RAFFAELE (Roma). — Le ferite del torace si considerano per tradizione benigne e quasi sempre suscettibili di guarigione coll'aspettativa. Occorre interpretare questa tradizione, in tesi generale abbastanza giusta, affinchè non divenga un abito di pensare, tale da farci trascurare quelle eventualità nelle quali l'intervento è assai utile.

Le ferite riguardano la parete e il polmone.

Per la parete, non v'ha luogo ad azione chirurgica se la ferita è puntiforme o a corto tragitto. Per quelle larghe, e specialmente se prodotte da proiettili di artiglieria, la cura della ferita parietale deve essere tale quale l'O. disse per le ferite in genere (v. II seduta), cioè si deve aprire, esciderne i margini, nettarle e prepararle asportando i tessuti contusi, infiltrati, distaccati e i corpi estranei, disinfettarle col liquido Giannettasio o Dakin.

Se non vi ha apertura della pleura, la ferita sarà totalmente o in parte suturata a seconda dei casi. Se vi ha apertura della pleura e specialmente se lo pneumotorace che ne risulta è aperto, la ferita sarà messa bene allo scoperto e poi chiusa. Ciò si ottiene nel modo più semplice con un tampone, sul quale saranno ribattute le parti molli, con suture temporanee per il tratto corrispondente, mentre il resto della ferita è chiuso definitivamente.

Il tampone si toglie dopo molti giorni, salvo eccezioni, e si trova la ferita pleurica guarita. Così si arresta l'enfisema, lo pneumotorace diventa chiuso, e si previene nel modo migliore la infezione pleurica e parietale.

Altre volte conviene fare la sutura delle parti molli intercostali e della pleura in modo che il tampone sia collocato sopra la ferita pleurica già chiusa, e ciò sarà specialmente indicato da fratture di coste. Rimossi i frammenti di queste, e resecatene porzioni adeguate, la sutura sarà possibile; se non si può, il tamponamento sarà indicato.

Se esiste una larga breccia la sutura deve essere fatta ad ogni modo, e potrà essere vantaggioso chiudere lo spazio intercostale ravvicinando, con sutura pericostale o percostale, le coste limitanti la breccia.

Per il polmone l'O. è convinto che un intervento diretto debba essere richiesto di rado, nel senso di un toracotomia e sutura del polmone; almeno all'O. non si è presentata mai un'indicazione per eseguire un tale intervento.

Ma le conseguenze della ferita polmonare richiedono molto più frequentemente di quello che non si creda un intervento, che è semplice, sebbene delicato nei particolari tecnici, cioè l'aspirazione precoce del sangue e l'iniezione di aria filtrata per mantenere il polmone compresso, secondo la tecnica che esporrà il prof. Morelli.

La cura delle ferite del polmone collo pneumotorace artificiale.

E. MORELLI (Pavia). — L'O. asserisce che la mortalità per ferite del polmone è più elevata di quanto generalmente si creda; elevatissima al luogo di combattimento e alle Sezioni di Sanità, è ancora elevata agli ospedaletti di 1ª linea (circa il 25 %). Finora la cura è quella del nessun intervento: devesi invece intervenire attivamente per diminuire tale elevata mortalità e per rendere molto gravi gli esiti patologici avuti nei sopravvissuti.

Fatto quasi costante nelle ferite del polmone è l'emotorace, che può essere o rapidamente abbondante e allora spesso mortale, oppure a gemizio continuo anche per parecchi giorni. Esso è dovuto non solo al fatto della ferita di un organo molto vascolarizzato e in continuo movimento per la funzione respiratoria, ma per di più al fatto che sulla ferita sanguinante e mobile la pressione negativa della pleura agisce da ventosa, esplicando un continuo succhiamento. Per impedire l'emorragia si deve immobilizzare, comprimere il polmone e distruggere l'aspirazione pleurica. E non solo si deve frenare l'emorragia il più presto possibile perchè quanto più dura il gemizio tanto più aumenta la probabilità di empiema, ma anche si deve evacuare il sangue versato. E questo perchè, se vi fu anche lieve inquinamento iniziale, il sangue sarà ottimo mezzo culturale; perchè il sangue favorisce forti aderenze pleuriche che impediranno la dilatazione e la funzione polmonare e nel caso di empiema renderanno molto più difficile la guarigione. Spesso poi il sangue sta a lungo senza assorbirsi; talvolta invece si assorbe troppo rapidamente quando ancora la ferita polmonare non è cicatrizzata, e allora per dilatazione precoce del polmone può insorgere nuova emorragia. Fatto questo che accade spesso anche per troppo rapido assorbimento di uno pneumotorace spontaneo. L'O. dimostra di non essere esatto il concetto che il sangue debba essere lasciato perchè serve alla compressione del polmone, poichè i liquidi non essendo dilatabili sono poco atti alla immobilizzazione. La toracentesi comune con un aspiratore del Potain è certo pericolosa, poichè l'aspirazione favorisce la rottura del polmone con novella emorragia. L'O. mostra un istrumento semplice, di poco costo, con il quale si può attuare la toracentesi senza pericolo, poichè permette la sostituzione del sangue con gas, sostituisce cioè l'emotorace con uno pneumotorace. Si ottiene in tal modo di togliere i danni dell'emotorace pur mantenendo compresso il polmone. E poichè il gas si riassorbe, deve essere con dei rifornimenti mantenuto ed aumentato, e a tal uopo l'O. mostra un altro semplicissimo istrumento che permette tale rifornimento con lo stesso procedimento dello pneu-

motorace terapeutico nei casi di tubercolosi polmonare. Nel caso delle ferite è sufficiente la compressione di aria sterile; il polmone si mantiene compresso per tre o quattro settimane.

L'O. intervenne con il metodo descritto in molti casi; in 40 casi di intervento precoce ebbe costantemente la guarigione in circa 4 settimane. Di solito sono sufficienti pressioni lievi, di circa 6 cm. di acqua, perchè l'emorragia polmonare si freni completamente. L'atto operativo è facile e sicuro.

L'O. asserisce che in ogni caso di ferita del polmone, anche nei posti di medicazione, si deve non ostacolare, ma favorire la formazione dello pneumotorace che comprimendo il polmone e togliendo l'aspirazione pleurica diminuirà l'emorragia. Certo che, nel caso permanga aperta la ferita toracica, tale intervento non è possibile.

L'O. accenna anche a uno strumento che permette l'evacuazione di uno piotorace e la lavatura della pleura pur mantenendo compresso il polmone.

Un caso di emorragia secondaria dalla orecchietta sinistra, operato e guarito.

MASSOBRIO GIULIO (Torino). — Si trattava di una ferita a fondo cieco da palletta di shrapnell in corrispondenza della seconda costa, a tre centimetri dalla marginale sinistra dello sterno. Una lesione pericardica si rendeva manifesta colla abbondante secrezione, commista a siero, della ferita. Si produsse una prima emorragia secondaria da caduta di escara in ottava giornata, trattata questa volta col tamponamento. Cinque giorni dopo, al momento della rimozione dello zaffo, l'emorragia si riprodusse imponente con un getto di 80 cm. circa di altezza.

L'O. dovette provvedere d'urgenza praticando uno sportello toracico a cerniera esterna. Riscontrò una perdita di sostanza circolare del diametro di circa mezzo centimetro in corrispondenza del margine superiore della terza costa, a quattro cm. dalla marginale dello sterno. Il pericardio aveva aderito, in seguito alla reazione infiammatoria, alla parete della orecchietta sinistra, evitando il versamento sanguigno nel cavo pericardico e rendendo direttamente accessibile il difetto della parete risultante dalla caduta dell'escara.

Suturò sotto la guida del dito tenuto contro la breccia e quindi, malsicuro della sutura in tessuti infiltrati, ribattè sulla ferita un lembo peduncolato a base esterna, preparato dal gran pettorale.

Drenaggio e tubo all'ascella per evitare ristagno sotto la base del peduncolo, passando al disotto del gran pettorale. Chiusura della ferita con punti metallici e drenaggio.

Nei primi giorni rialzo termico con reazione pericardica ed abbondante fuoriuscita di liquido dalla lacerazione del pericardio prodotta secondariamente dal proiettile. Drenaggio del sacco pericardico dall'alto mettendo il ferito in posizione reclinata all'indietro.

Graduale diminuzione della secrezione. Guarigione.

Discussione sulle ferite toraciche.

SAVIOZZI. — A proposito della comunicazione Morelli riferisce di avere osservato e studiato 137 casi di ferite penetranti del torace da arma da fuoco: 96 guarigioni e 41 morti (mortalità 29.99 %). In 27 casi fu eseguita l'autopsia.

Per quanto riguarda la causa dell'emotorace le necroscopie dimostrerebbero che nei due terzi dei casi esso è dovuto a lesione dell'arteria intercostale ed in un terzo a ferita polmonare. Mentre il Morelli si limita a parlare del suo metodo di pneumotorace artificiale con aria filtrata, con lo scopo di schiacciare il polmone sanguinante, senza preoccuparsi degli emotoraci di origine parietale (e ciò perchè, essendo tutti i di lui casi guariti, non ha avuto la opportunità di eseguire necroscopie), l'O. dichiara che per gli emotoraci da lesione dell'arteria intercostale due sono i mezzi per provvedervi, e cioè:

a) la legatura a monte dell'arteria intercostale lesa, il che può essere fatto colla semplice anestesia locale;

b) lo pneumotorace artificiale secondo Morelli, perchè in questo modo si viene a sopprimere la pressione negativa endotoracica, il fattore cioè più importante delle emorragie lentamente progressive, rappresentato dalla azione di pompa del polmone sull'arteria stessa, che impedisce la formazione del trombo.

Quanto alla questione della coagulazione del sangue nella pleura, ha visto costantemente positivo questo fenomeno quando vi era ferita a canale del polmone, mentre lo ha visto sempre assente quando l'emotorace era di origine parietale.

Probabilmente il diverso modo di comportarsi del sangue di origine parietale rispetto a quello di origine polmonare dipende dalla maggiore quantità di ossigeno colla quale viene in contatto il sangue quando vi è ferita polmonare (data la comunicazione che si stabilisce coll'esterno attraverso i bronchi).

MASNATA. — È certo che le ferite del torace dànno un'alta mortalità, ma è sicuro che molte ferite del torace, penetranti, determinate da proiettili di fucile non deformati, sono seguite da guarigione.

Gli emotoraci sono frequenti. Se piccoli si riassorbono. Due volte l'O. ebbe la morte in conseguenza dello emotorace. Se il sangue si altera, e ciò si dimostra colle temperature elevate persistenti, è intervenuto colla toracotomia ampia con resezione costale, prima ancora che si manifestasse il piotorace. I risultati furono quasi costantemente buoni: non ebbe mai emorragie secondarie dalla ferita del polmone.

COLLICA. — Nelle ferite toraciche il pericolo più grave e reale è dato dall'emorragia, sia per la quantità di sangue in sè che si perde, sia per gli effetti che il sangue stravasato e raccolto nelle cavità pleuriche porta sulle funzioni degli organi in esse contenuti.

Prima inidcazione quindi, capitale ed essenzialis-

sima, nel trattamento di tali ferite è quella di cercare di arrestare al più presto la minacciante emorragia, senza punto preoccuparsi della possibile presenza del proiettile nella cavità toracica, dove esso può benissimo restare impunemente per tutta la vita, e da dove, occorrendo, può estrarsi al momento opportuno.

Per arrestare l'emorragia è raro il caso in cui si debba intervenire chirurgicamente con una azione diretta sulla sorgente sanguigna; di solito è con mezzi indiretti che si cerca di giungere allo scopo. E tra i mezzi indiretti l'O. pone il proprio metodo.

L'O. suole applicare larghe striscie di pflaster adesivo, embricate l'una sull'altra dal basso all'alto, le quali, attaccate per un estremo a due centimetri dalla linea delle apofisi spinose, sul dorso sano, si fanno, sotto forte trazione, aderire progressivamente dall'indietro all'innanzi su tutta la superficie dell'emotorace ferito, durante il suo più profondo stato espiratorio, sino a fissarne l'altro estremo al bordo sternale del lato sano. Quando tutte le striscie, l'una dopo l'altra, sono state messe a posto, dalla base del torace al punto più alto possibile sottoascellare, e si sono rafforzate con un'altra striscia a cavalcioni sulla spalla, che, tirata fortemente in basso innanzi e indietro, si faccia aderire in senso verticale su tutte le altre orizzontalmente disposte, la metà del torace è completamente immobilizzata e il polmone ferito messo a riposo in modo quasi assoluto. Tale costrizione nei primi momenti è sopportata malissimo dai pazienti, ma in poco tempo, specie spiegando loro di fare atti respiratorii limitati e di cercare di farli prevalentemente col lato sano, viene benissimo tollerata e fa vedere presto i suoi benefici effetti. Il più delle volte l'emorragia si arresta completamente, la dispnea diminuisce, la cianosi va scomparendo, ritorna il polso, cessa il sudore freddo.

Rossi Felice. — A proposito delle comunicazioni Bastianelli e Morelli fa notare che i feriti al torace sono ben differenti secondo che vengono considerati nelle prime formazioni sanitarie o nelle formazioni sanitarie delle retrovie. Infatti sul campo di battaglia e nelle formazioni sanitarie di prima linea la mortalità per ferite toraciche è incomparabilmente superiore a quella che si ha negli ospedali delle retrovie, raggiungendo perfino il 50-55 %, come l'O. ha potuto persuadersene raccogliendo la statistica dei morti per ferite toraciche in tutto il settore della Carnia durante la presente guerra e come risulta della esperienza delle guerre precedenti (russo-giapponese, libica, ecc.). Le cause di questa notevolissima mortalità sono multiple; le emorragie per ferita dei grossi vasi endotoracici (ferite sfuggenti ad ogni terapia attiva), pneumotorace aperto taluna volta bilaterale, concomitanza di altre gravi lesioni, ecc.

A proposito dello pneumotorace aperto, l'O. conviene con il prof. Bastianelli sulla opportunità di trasformarlo in pneumotorace chiuso e ricorda che in Germania Sauerbruch e Rehn hanno costruito degli apparecchi da campo per sostituire le costose e ingombranti camere pneumatiche ad iperpressione e permettere al chirurgo di far dilatare il polmone del lato ferito, in modo che la pleura parietale collabisca con la pleura viscerale e venga espulsa così tutta l'aria dello pneumotorace. Allora, se si può, si sutura la ferita pleurica ed eventualmente pur quella delle parti molli; in caso contrario si suturano i margini della ferita pleurica al parenchima polmonare.

Quanto allo pneumotorace artificiale, l'O. crede ch'esso possa venir usato soltanto negli ospedali delle retrovie e fa le sue riserve per quanto riguarda l'efficacia di tale mezzo terapeutico sul ripetersi delle emorragie dal parenchima polmonare. Ritiene anzi che in genere l'aumento di ottusità pleurica nei feriti con emotorace dipenda non già dal versarsi di nuovo sangue nel cavo, ma dalla produzione di un transudato reattivo. Ritiene poi che la presenza del sangue nel cavo pleurico non sia tanto dannosa quanto il Morelli ha detto, avendo avuto occasione di constatare radioscopicamente il completo riassorbimento di emotoraci anche cospicui senza alcun deficit funzionale del polmone dello stesso lato e senza alcun postumo rilevabile a carico della stessa pleura.

In conclusione crede che nelle ferite toraciche il trattamento astensionista sia il preferibile. Su 60 casi personali infatti, trattati con il semplice riposo ne sono morti solo 3 e nessuno di questi per causa polmonare.

De Paoli. — L'esame dei feriti al polmone dopo la cosiddetta loro guarigione completa persuade che in buona parte di essi, per aderenze diffuse o per dolori nella parte inferiore del torace, esiste una forte limitazione della funzione respiratoria, che, se non curata opportunamente, si aggrava e costituisce una causa di grave debilitazione e di incapacità al lavoro ed alle attività della vita.

La misura della capacità respiratoria rivela in questi casi una riduzione al terzo ed anche al quarto della cifra normale. La cura fisica con gli apparecchi di Woldembry e di Forlanini modificato, colla ginnastica respiratoria, colla ginnastica razionale permette di correggere questa insufficienza respiratoria con notevole rapidità. Dopo 2 o 3 mesi di cura la capacità respiratoria può avvicinarsi alla normale, si correggono le deformità del torace, ecc.

L'evacuazione dello stravaso intrapleurale copioso può prevenire l'insufficienza respiratoria.

Morelli. — Si compiace dei dati ottenuti dal prof. De Paoli nei feriti al torace studiati dal punto di vista della capacità respiratoria, in quanto confermano le sue idee.

Al dott. Rossi dice di essere d'accordo con lui sul fatto che alcuni emotoraci possono riassorbirsi, anzi talora si riassorbono troppo presto, così che v'ha il pericolo di una dilatazione troppo precoce del polmone e di una riapertura della ferita di questo, onde nuova emorragia e in qualche caso morte improvvisa, come l'O. ha veduto in casi non trattati col proprio metodo. È infatti necessario tenere schiacciato il plomone per tre o quattro settimane per essere sicuri che la ferita di tale organo siasi cicatrizzata.

Dott. L. C. Zapelloni.

Conferenze del prof. R. Campana.

CONFERENZA III. (25 maggio).

La tubercolosi nella valutazione della sua gravità, come male individuale; sedi che la aggravano, complicanze che la rendono mortifera. - Predisposizioni infantili della tubercolosi, rappresentate principalmente dalla sifilide ereditaria o dalle remote deviazioni impresse da questa nella famiglia. Predisposizioni agli effetti deleterii dei traumatismi e del freddo.

La tubercolosi, in tesi generale, non rappresenta un male così grave nella ereditarietà, nella contagiosità, superiore alla sifilide, valutata negli effetti, questa, sul sistema nervoso, nella perpetuità delle impronte degenerative di cui si fa capostipite la sifilide ereditaria; nè, per la lepra istessa, può essere considerata più grave, essendo questa non guaribile una volta non potuta combattere in localizzazioni circoscritte dello inizio; nè della morva, così devastante negli effetti della sua tenacia, se non nella notevole frequenza.

Delle sedi molteplici di esso quelle del polmone e dei reni sono le forme più gravi. Sono tali perchè fuori della protezione delle altre localizzazioni, ordinariamente protette dalle sierose? La labilità del tessuto polmonare è la condizione anatomica principale aggravante il morbo.

Pegli altri organi è ordinariamente la concorrenza di altre infezioni croniche; e, per le acute specialmente la sepsi, che rende gravissima ogni localizzazione.

Del freddo come cagione di morbi necrotizzanti, e, conseguentemente, dei fenomeni di necrosi per coagulazione e per neuropatie, è da tenere gran conto, perchè, se non sempre, quello che apre più facilmente la porta di entrata alla sepsi, che è la complicanza che dà luogo a quelle febbri violenti, descritte come di *tubercolosi miliare acuta*, ma, realmente, setticemie acutissime sovrappostesi alla tubercolosi, le vere cause delle morti precoci violente, con forme acutissime, di molti affetti di infezione tubercolare, principalmente polmonale.

A noi la osservazione giornaliera ammonisce questo: che se abbiamo a curare un semplice processo tubercolare della cute, senza fenomeni distruttivi settici, o con fenomeni cariolitici (distruttivi) asettici, o fenomeni iperplastici granulomatosi (infiammazioni fungose papillari), la tubercolosi risponde sempre all'azione dei rimedi che si adoperano; siano essi distruttivi, in massa, o determinanti fenomeni di necrobiosi, con sostituzione di un tessuto flogistico capace di venire a dare la consolidazione cicatricea senza complicanti infezioni; e quando non si può ottenere tutto, si vede progredire la fase di risoluzione del processo tubercolare, senza intervento di nuove complicazioni morbose gravi.

Invece, se il processo di tubercolosi cutanea è complicato a sepsi, noi vediamo che i nostri caustici, sebbene abbiano distrutto larga parte, non portano d'ordinario la completa distruzione del focolaio locale di tubercolosi e se la portano non producono fin dal primo momento certamente la asepsi.

Se il caso è anche più complicato cioè, che, colla tubercolosi cutanea, vi sia quella ulcerosa delle mucose vicine, e con ascessi freddi, profondi, nelle adiacenze del faringe, del laringe, nelle ossa nasali, nelle cavità auricolari, allora lo stato si rende tanto più grave, e di imminente pericolo, per quanto è maggiore la sepsi, e non per quanto è maggiore la diffusione tubercolare. Cosicchè, se in questi casi, si ha la prudente tattica (senza ledere vasi e sezioni di tessuto attraverso i quali non avvengono ancora assorbimenti settici) di prosciugare quelle cavità delle mucose settiche, di diminuire il grado di setticità con zaffamenti antisettici (iodoforme al nitrato ed altri sali d'argento semplici o in istato colloidale) (1) adatti, delicatamente portati nei più piccoli meandri della cavità, con strie di garza continua; allora si vede, a poco a poco, tutto modificare: cosicchè, dopo alcuni giorni, si può portare, in quel posto, quel caustico distruttivo che deve annientare il focolaio tubercolare, il quale, staccatosi nel periodo ancora settico, avrebbe dato luogo ad una cavità di piogeni, che avrebbero avuto facile modo di potersi propagare in tutte le direzioni dell'organismo ammalato, dando luogo a fenomeni di reazioni generali, specialmente febbrili, assai pronunziate e gravi; che nessun altro mezzo combatte più efficacemente che la cura prosciugante, occludente, assorbente, disinfettante, del focolaio caseoso settico.

Predisposizioni infantili. — Sono precisamente date dalla eredolue o dalle deviazioni lontane impresse da essa principalmente: rinite e bronchite cronica riconosciute in tutti i congressi della tubercolosi e definite senza più come tubercolari; ma, realmente, simulanti la tubercolosi e rappresentanti la predisposizione alla infezione successiva con questa.

Le predisposizioni degli effetti deleterii del freddo e traumatismi, sono degne di considerazione nella tubercolosi, che soventi interviene: ma, soventi preparate da eredolue.

La emottisi, considerata come tubercolare è la espressione di fleboarteriti croniche di origine principalmente eredoluetica; che riappare con una deviazione nutritiva delle pareti vasali, o con una vera flogosi; onde esse pareti si rompono con notevole facilità; onde è che oggi, la emottisi nei giovani è considerata più di origine luetica che altro.

Di questo processo ho parlato nel mio libro sulla *Sifilide degli organi interni.*

Questi fatti richiedono la inoculazione sperimentale per la ricerca di supposta tubercolosi.

Non possiamo aver fede alle statistiche antiche nei risultati della cura perchè mancava il criterio della diagnosi esatta; che in pochissimi casi è fondata sulla dimostrazione del bacillo e sull'uso della tubercolina antica; e che si fonda in casi dubbi esclusivamente sulla sperimentazione sugli animali. (Iniezioni nelle cavie).

---

(1) Tachiolo, Isorbolo.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Malaria e traumi.

L. Moreau (*Revue de Chirurgie*, 1916, n. 9-10) ha fatto sui soldati dell'esercito di Macedonia uno studio sui rapporti tra la infezione palustre, che in quelle località è molto diffusa, e le lesioni traumatiche. È venuto alle seguenti conclusioni:

1° La gravità delle manifestazioni malariche destate da un trauma è in rapporto con la gravità della ferita. In un caso l'A. ha visto soccombere per un accesso di perniciosa un soldato al quale fu praticata a Salonicco l'amputazione della coscia per ferita da scheggia di granata seguita da gangrena gassosa. Viceversa un traumatismo semplice (frattura della clavicola per caduta da cavallo) provocò un accesso di terzana benigna.

2° Talora il primo accesso febbrile scoppia in seguito ad un intervento chirurgico, all'indomani dell'operazione molto tempo dopo la ferita; in altri casi in malarici cronici, trattati con iniezioni di chinino, l'incisione di un ascesso sviluppatosi nel punto di una iniezione è sufficiente per provocare una recrudescenza talora molto violenta della infezione palustre.

3° I parassiti trovati nel sangue sono quelli della terzana benigna e più frequentemente quelli della forma tropicale.

4° L'A. ha considerato come malarici solo i casi nei quali il reperto ematologico era positivo, ma in un gran numero di casi il quadro clinico era certamente della malaria malgrado l'esame del sangue non mettesse in evidenza la presenza di parassiti. Se si volesse tener conto di questi casi si dovrebbe concludere che gli accessi di malaria sono una complicazione molto frequente delle ferite nelle località malariche.

5° I chinacei sia per via orale sia per iniezioni hanno dato buoni risultati nel trattamento della malaria post-traumatica. Nei casi gravi le iniezioni intramuscolari o meglio intravenose di chinino hanno sempre effetti terautici sicuri. In un caso di accesso pernicioso la iniezione intravenosa di novarsenobenzolo (gr. 0.15) ha dato buon risultato ed ha fatto scomparire totalmente i parassiti dalla circolazione periferica. L'astenia e l'ipotensione si combattono efficacemente con l'adrenalina.

6° La cicatrizzazione delle ferite, la consolidazione delle fratture subiscono nei soggetti malarici un considerevole ritardo. È quindi conveniente prescrivere la somministrazione di chinino a scopo preventivo ai feriti provenienti dalle località palustri e sopratutto a quelli che hanno già avute precedentemente manifestazioni malariche. DR.

Portatori di parassiti malarici.

Kaminer e Zondek della Clinica di His a Berlino hanno osservato (*Deuts. Med. Woch.*, n. 14, 1917) casi di malaria con parassiti nel sangue e senza febbre. Parassiti della terzana gli AA. rinvennero in ogni preparato e per un lungo periodo di giorni, mentre mancava del tutto ogni reazione febbrile o esisteva appena qualche lieve malessere (cefalea, debolezza generale). La febbre non si suscitava con pratiche idroterapiche sulla milza o con strapazzi. Questi individui avevano avuto inizialmente febbri tipiche: in un caso non risulta ci sia stato mai aumento di temperatura. Ma tutti avevano preso poca chinina e per breve tempo.

Oltre i parassiti nel sangue avevano le classiche note della malaria: diminuzione di emazie e di emoglobina (indice emoglobinico sotto 1), leucopenia, linfocitosi (40-70%). In un piccolo numero mancava il tumore di milza, in altri esso era molto manifesto.

Questi casi sono importanti scientificamente in quanto dimostrano la capacità d'una pronta e solida immunizzazione di alcuni soggetti, e sono importanti epidemiologicamente in quanto costituiscono la facile sorgente di nuovi casi.

La somministrazione del chinino ha fatto scomparire del tutto i parassiti dal sangue.

a. v.

Il trattamento del coma malarico colle iniezioni endovenose di chinina ed uretano.

Richet e W. B. Griffin (*British med. Journ.*, 10 febbraio) hanno trattato diversi casi di malaria provenienti da Salonicco mediante iniezioni endovenose di uretano e cloridrato di chinino, sciolti in 1 cmc. di acqua distillata, ed al momento dell'uso diluiti in 14 cmc. di soluzione fisiologica calda.

I risultati, in casi di coma sono stati notevoli; in cinque ore riappariva la coscienza ed in periodi variabili da 12 a 24 ore i pazienti erano completamente ristabiliti. In generale è bastata una sola iniezione, dopo di che, per delle settimane non si è più avverato innalzamento di temperatura; in qualche altro caso, furono necessarie diverse iniezioni, specialmente fra quegli individui che avevano alte

temperature continuate e continui brividi. Praticamente si può dire che tutti i casi di malaria hanno ceduto a tale trattamento; solo due casi di coma complicati con dissenteria sono terminati con la morte.

Non sono state osservate complicazioni derivanti dall'iniezione stessa che è indolora; solo una volta si ebbe una leggera trombosi venosa.

[Ricordiamo che la formola per le iniezioni di chinina e di uretano è stata proposta per la prima volta dal prof. G. Gaglio. *N. d. Redat.*].

FIL.

Associazione medicamentosa da evitare.

I preparati salicilici vengono spesso associati a quelli chininici; ora *The Prescriber* (giugno 1916) fa notare che l'associazione di aspirina (acido acetil-salicilico) e di solfato di chinina dà origine ad un prodotto tossico, chinotossina, isomero della chinina e che agisce come la digitossina.

Il miscuglio delle due sostanze a parti eguali si liquefà, svolgendo un forte odore di acido acetico.

Il fenomeno si spiegherebbe in questo modo: l'acqua di cristallizzazione contenuta nel sale dell'alcaloide dissocia l'acido acetil-salicilico, e l'acido acetico liberatosi trasforma la chinina in chinotossina.

Certamente però non interviene un'azione tossica marcata. R. B

PROFILASSI.

Sul valore profilattico delle iniezioni di siero antitetanico.

La quistione fu di nuovo ampiamente discussa in una recente seduta della Società di Chirurgia di Parigi, nè può dirsi che siasi raggiunto in proposito l'accordo completo.

Thiéry difatti protestò contro il valore profilattico, che generalmente si accorda alle iniezioni di siero antitetanico. Egli difatti, personalmente, prima della guerra non ha mai visti casi di tetano nei feriti, curati precocemente, senza l'impiego di alcun siero. Si dice comunemente che al principio della guerra furono osservati numerosi casi di tetano: da quando si usa intensivamente il siero non se ne osservano più. Ma si può forse prescindere dalla evoluzione felice, che si è effettuata nel trattamento precoce delle ferite? L'evoluzione del tetano ha seguìto quella di numerose altre infezioni, per le quali la sieroterapia non fu istituita: nel suo reparto Thiéry non vede più gangrene gassose ed allorchè, all'inizio della guerra, ne ha osservate, ottenne i migliori risultati dal semplice intervento chirurgico e dagli antisettici. Si ripete ancora: Nei casi nei quali si è sviluppato il tetano, le indagini hanno dimostrato che l'iniezione del siero era stata omessa. Prima della guerra e dopo la guerra Thiéry vide casi di tetano, nei quali l'iniezione di siero era stata precoce. Quindi secondo l'A. molti sono guariti di ferite gravi ed imbrattate, in grazia dell'asepsi e della antisepsi, e, se vi fu all'inizio delle ostilità una recrudescenza del tetano, fu, a suo avviso, perchè nella confusione inevitabile delle prime azioni, il ricupero dei feriti e la prima medicatura non fu potuta fare nella condizione migliore.

Riche cita il caso di un uomo ferito venti mesi prima e che non aveva ricevute in questa epoca iniezioni antitetaniche, il quale, 16 giorni dopo l'estrazione del proiettile, e malgrado una iniezione fatta all'inizio di questa operazione ed un'altra più tardi, ebbe un tetano generalizzato acuto, del quale guarì dopo 50 giorni. L'osservazione può essere in duplice maniera interpretata: o che il ferito rimase per venti mesi portatore di germi tetanici, i quali furono mobilitati nel corso dell'intervento, o che il soggetto non fu mai portatore di germi, e che tutti i disturbi presentati sono riferibili al siero. Nel primo caso è permesso dubitare della efficacia del siero preventivo, nel secondo caso non si vuol certo dire che il siero può dare il tetano, ma solo che può determinare sintomi tetaniformi, ciò che significa che sarebbe posta in dubbio, non più l'efficacia preventiva del siero, ma la sua stessa innocuità.

Walther altre volte, poco convinto del valore profilattico delle iniezioni di siero antitetanico, non ha più alcuna esitazione a questo riguardo dopo la guerra attuale. Su 270 feriti egli ha visto 19 casi di tetano. Al loro arrivo all'ospedale le iniezioni di siero antitetanico furono fatte, ma non in tutti. Ora fra quelli nei quali furono praticate le iniezioni non si vide che un solo caso di tetano l'indomani stesso della iniezione: tutti gli altri si sono sviluppati fra i non iniettati. Walther è persuaso quindi della efficacia terapeutica del siero antitetanico, sopratutto in iniezioni endovenose ed in iniezioni intrarachidiane: cita due feriti affetti da tetano grave, che guarirono dopo iniezioni intrarachidiane di quantità di siero, che raggiunsero 200-250 cmc.

Pierre Delbet non crede che attualmente possa mettersi in dubbio il valore del siero antitetanico. Thiery ha contestata l'efficacia non solo del siero antitetanico, ma di tutte le sieroterapie. Quanto ai feriti di Riche occorre ripetere ancora una volta che il siero antitetanico è pu-

ramente antitossico, che non è affatto antimicrobico, che se il bacillo del tetano, o le sue spore, non furono distrutti dai fagociti durante il periodo di immunità, il malato resta esposto al tetano. Il periodo di immunità antitossica è breve e dura solo da 8 a 10 giorni. Inoltre il siero non può senza dubbio nulla sulla tossina tetanica, una volta combinata al protoplasma delle cellule nervose, ma è attiva sulla tossina non fissata. In un ferito affetto da tetano agisce sulle nuove scariche di tossina, che vengono ad ogni istante dalla ferita, nella quale si sviluppa il bacillo ed in conseguenza le cellule nervose non ricevono nuove impregnazioni, liberandosi nel tempo stesso più facilmente di quelle che hanno di già subite.

Proust ha avuta l'occasione di poter paragonare le differenze di manifestazioni del tetano primitivo nei feriti iniettati, o no. Al principio della guerra ha visto tutta una serie di casi mortali del tetano primitivo, in un momento cioè in cui mancava il siero antitetanico. Di poi al contrario, in analoghe condizioni di osservazione, non ha visto che 4 casi di tetano su più di 5000 feriti, ed anche quelli erano attenuati.

Questi risultati sono confermati anche dalle osservazioni di Leriche. Secondo questo autore il trattamento chirurgico delle ferite non è il solo motivo di questa scomparsa del tetano. All'inizio della guerra si vedeva il tetano dopo ferite da palle ad orifici cutanei puntiformi. Da allora non si operano certo di più le ferite di questa specie ed il tetano non le complica più. La reiniezione sistematica, prima di ogni intervento su un focolaio traumatico, fa quindi scomparire il tetano tardivo o ritardato, come l'iniezione preventiva fa scomparire il tetano primitivo. P. C.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(842) *Intossicazioni professionali da ottone e bronzo.* — Il dott. L. F., medico di uno stabilimento dove si lavorano metalli (rame, ottone, bronzo, zinco), ha notato, specialmente negli operai addetti alla fonderia i sintomi seguenti: stordimento, ronzii, prostrazione di forze, inappetenza, vomito facile dopo aver mangiato, dolori intestinali con diarrea, spesso dolore a cintura con speciale intensità alla regione epatica, qualche volta sudore freddo e tremori, specie agli arti superiori. Quando questi fatti si prolungano determinano stato anemico. Negli infortunati ha notato alle volte anche dopo 15 giorni di ripetute medicazioni, che le fasciature erano tuttora verdi per composti di rame.

Desidera schiarimenti circa l'eziologia, la profilassi e la cura e sulla ricerca del rame ed arsenico nelle urine.

Non riteniamo di poter attribuire gli accennati fenomeni a cuprismo professionale. Il rame, un tempo ritenuto assai tossico, non sarebbe da considerarsi come un veleno industriale. Esso viene assorbito con grande facilità dall'organismo e si accumula nel fegato, nelle ossa, nei denti, ecc., si elimina quindi con le secrezioni e ciò spiega la colorazione verdastra delle medicature, osservata dal collega. Ma l'economia dell'organismo non ne soffre; sembra anzi che le piccole dosi tendano a produrre un aumento dell'emoglobina e delle emazie. Salvo i casi assai dubbî di colica cuprica si può in generale escludere che il rame sia capace di determinare una intossicazione cronica.

Nei casi osservati dal collega, ci sembra che altri fattori siano in giuoco. Anzitutto, se alcuni dei fenomeni si osservano negli operai addetti alla fonderia, occorre considerare l'influenza dell'alta temperatura per cui si possono avere delle forme attenuate di colpo di calore con stordimento, ronzii, ecc.; la bevuta di grandi quantità di acqua può successivamente provocare disturbi gastro-intestinali, mentre d'altra parte l'aria viziata dai prodotti della combustione influisce dannosamente sulla salute. È opportuno anche tener presente la così detta febbre degli ottonai, che si presenta appunto nei fonditori di ottone e si manifesta con brividi, nausee, vomiti, brevi accessi febbrili.

Di precipua importanza è poi la possibilità che causa degli accennati fenomeni siano le impurità che accompagnano i prodotti industriali (specialmente piombo ed arsenico), la aggiunta di piombo (che si fa quasi sempre all'ottone ed al bronzo), o di fosforo (che si fa a quest'ultimo per aumentarne la durezza). Anche la lavorazione successiva (mordenzatura) può essere causa di intossicazione sia per le impurità degli acidi (arsenico) sia per lo sviluppo di vapori nitrosi. Diversi dei fenomeni accennati rispondono alla sindrome dell'arsenicismo (fatti gastro-intestinali, epatalgia, stato anemico, tremori).

Sarà dunque opportuno esaminare accuratamente gli operai per accertarsi se sono affetti da forme leggere od iniziali di saturnismo (presenza di granulazioni basofile negli eritrociti) o di arsenicismo (ricerca dell'arsenico nelle urine).

Per la profilassi: igiene generale dello stabilimento; buona ventilazione, sia degli am-

bienti, sia dei forni in modo da impedire il rigurgito dei vapori; per i lavoratori alla fonderia è consigliabile che i turni delle squadre siano brevi e che si forniscano ogni tanto delle bevande — specialmente latte — in modica quantità. Per la cura sono applicabili i criteri della medicina generale.

Ricerca dell'arsenico nelle urine. 1° 100 cmc. di orina (neutralizzata se acida) con l'aggiunta di 1 gr. di nitrato di potassio, si evaporano a bagnomaria. Si calcina in modo che il residuo deflagri e fonda: si cola sopra una lastra di porcellana. Dopo raffreddamento si tocca con soluzione di nitrato d'argento; in presenza di arsenico si formano degli straccetti rosso-mattone solubili in ammoniaca ed anche in acido nitrico concentrato. 2° Il residuo dell'evaporazione dell'orina, bene seccato, si scalda in tubo da saggio, con carbonato di sodio anidro secco e carbone; ad una certa distanza appare sul tubo un anello d'aspetto metallico, che, scaldato, emana odore d'aglio.

Ricerca del rame nelle orine. Si incinera il residuo, che si tratta poi con acido cloridrico caldo; si diluisce con acqua e si aggiunge una o due goccie di ferrocianuro potassico; in presenza di rame, si avrà un colore rosso più o meno bruno; inoltre una goccia della soluzione, sospesa all'ansa di platino, e bruciata impartisce alla fiamma la caratteristica colorazione verde-azzurra.

A. FILIPPINI.

(843) *Emorragie del post-partum.* — Il dott. M. G. (abbonato 2089) ci chiede quale farmaco somministrato all'inizio o durante il travaglio del parto può servire a prevenire l'emorragia del *post-partum.*

La prevenzione delle emorragie del *post-partum* (escluse s'intende quelle di origine traumatica) non può basarsi semplicemente sopra l'uso di un farmaco; essa dipende da un'oculata assistenza ostetrica, che, oltre a tener presente le cause dell'inerzia primaria (donne pluripare, deboli, con idramnios, ecc.), si opponga allo stabilirsi dell'inerzia secondaria. In questo senso, quando non vi siano stenosi pelviche o presentazioni anormali, la *pituitrina* può prevenire *indirettamente* le emorragie del *post-partum*, favorendo e rafforzando le contrazioni uterine. Essa, con le altre e ben note manovre del caso, può anche servire per il trattamento di tali emorragie.

Per il libro richiesto, consigliamo il Manuale di A. Rubino (F. Vallardi. editore). Prezzo L. 16.

i. p.

(844) All'abbonato 3643:

Il lavoro del prof. Bellei, sulla profilassi della meningite in rapporto alle attuali condizioni, trovasi pubblicato in *extenso* in *Annali di Igiene*, 1916, n. 1, e in *Attualità medica*, 1916, fasc. 3.

Di lavori monografici in volume, citiamo quello del prof. A. Ceradini (Tipografia Agnelli, Milano), e quello di Netter e Debri («La méningite cérébro-spinale», Masson, 1911).

La diagnosi fra la forma da meningococco e quelle da altri microorganismi (pneumococco, streptococco, influenza, difterite, ecc.) può accertarsi solo con l'esame del liquido cefalo-rachidiano.

ini.

(845) Al dott. P. P., Zona di Guerra (Albania):

Consulti il lavoro sull'emeralopia essenziale del prof. Giovanni Mosso pubblicato sul *Giornale di Medicina Militare*, fasc. V del 1917.

a. a.

VARIA.

La guerra ed il pane.

L'attuale guerra, con le insidie sottomarine da un lato, con il blocco dall'altra ha reso ben difficile il problema di una congrua alimentazione. Senza dubbio assai più grave per gli Imperi centrali, la difficoltà degli approvvigionamenti è però sentita anche dall'intesa, ed è solo a prezzo di sforzi economici e di adattamento delle popolazioni che si raggiunge lo stato di equilibrio.

In tutti gli Stati però, le maggiori preoccupazioni ed i più svariati provvedimenti vengono adottati per il pane, perchè non manchi questo prezioso alimento che si ritiene indispensabile all'uomo. Ed è ovvio che così sia per le popolazioni nostre, avvezze a consumarne in quantità notevole, ma è abbastanza strano che ciò avvenga anche per dei popoli, nei quali detto consumo era relativamente limitato. Sembra quasi che in questo cibo si assommi tutta la potenzialità alimentare di una nazione, per un artificio retorico non dissimile da quello di Victor Hugo, che snoda i fatti dei Miserabili dal furto di una pagnotta per fame, simbolo del diritto alla vita. Mentre poi i governanti ed i popoli hanno per il pane le più grandi preoccupazioni, molti igienisti lo vorrebbero a poco a poco bandire dalle nostre tavole: hanno cominciato a dichiararlo dannoso specialmente per i così detti uricemici, ed ora lo ritengono responsabile di gran parte delle malattie cutanee.

Comunque sia, ritenendosi generalmente il pane come base dell'alimentazione, la cura dei governi è stata rivolta ad assicurarne una quantità sufficiente alle popolazioni. E, come la produzione locale e l'eventuale importazione non bastavano, si pensò dapprima ad utilizzare tutto il grano, invece di disperderne una gran parte. Si è cominciato ad aumentare la resa dei molini, portadola ad 80 kg. sopra un quintale di frumento: la resa è stata poi aumentata, fino al 90 % e con altri provvedimenti accessori (forma grande, quantità d'acqua contenuta, ecc.), si è arrivati a concedere la mescolanza di farine di grano con altre.

In Germania si è ricorso da tempo a tali provvedimenti, col pane K. (*Kriegsbrod*, segala e frumento) e KK (*Kartoffelkriegsbrod*, aggiunta di fecola di patate). Da noi si è concessa l'aggiunta di farina di riso, granturco, ecc., in determinate proporzioni, ed anche del 2 % di veccie, delle quali già da tempo il prof. Scala aveva messo in luce il valore.

Del resto queste aggiunte non costituiscono una novità. In Tracia si usava mescolare alla farina di grano, quella del giglio d'acqua, in Lapponia quella di pesci disseccati (1), nell'America del Sud la farina di grani di papavero (?). Da noi viene o veniva usata anche la farina di miglio ed in molti paesi quella di granoturco. In Olanda si è mescolata la farina di bulbi di fiori (tulipani, giacinti) e da noi si potrebbe ottimamente mescolare quella di bulbi di asfodelo, diffusissimo negli incolti dell'Italia centrale e meridionale, che il prof. Pantanelli ha recentemente consigliato come alimento e come materia prima per l'estrazione di fecola. Diventeremmo così simili agli eroi omerici che nell'Hades, si nutrivano di asfodelo. L'aggiunta del sangue di animali macellati è stata già da tempo preconizzata ed usata p. es. nelle locande sanitarie per i pellagrosi; se ne è occupata recentemente una commissione, non sappiamo con quali risultati.

Più strana appare invece l'aggiunta di sostanze, che fino ad ora erano considerate come indigeribili dal nostro organismo, cioè di cellulosa, sotto forma di paglia o di legno. In Germania è stato preparato un pane cosiffatto dal prof. Gehrke, con il 10 % di farina di legno di faggio, proveniente dai residui di una fabbrica di sedie.

È stato fatto un esperimento di alimentazione su 30 individui sani a cui si somministravano 400 gr. al giorno di tale pane; tutti lo mangiarono volentieri, senza disturbi, ed, in media, aumentarono di peso; invece 20 individui di controllo, che mangiavano pane comune, diminuirono di peso (!!). Lasciamo al nominato professore la responsabilità di tale asserzione e speriamo che in Italia non si arriverà a questo punto. Può darsi che da parte di qualche speculatore le aggiunte non si limitino a quelle permesse: la pula di riso finissimamente macinata e mescolata col così detto farinaccio di riso, i noccioli d'olivo, macinati in polvere impalpabile, ecc., entreranno probabilmente in certe miscele allestite da qualche mugnaio di poco scrupolo. Ma ad ogni modo siamo lontani dal pane tedesco, che al taglio sembra del lardo, e fa l'impressione di una pasta cruda gelatinosa. Ed auguriamoci che anche per questo, la guerra ci sia maestra e che per l'avvenire l'*alma parens frugum*, basti a sè stessa.

FIL.

(1) Trovo scritto in un periodico che a tale scopo si usa in Lapponia anche la polvere di pomodoro secchi. Che la Lapponia voglia far concorrenza all'Italia per la fabbricazione della conserva?....

Pane bianco e pane bigio.

In un discorso pronunciato al Senato, il professore Maragliano ha detto, in ordine al pane confezionato con farina abburattata al 90 per cento, che questa misura non turba le leggi della nutrizione nè le norme della salute.

La medicina da lungo tempo ritiene più utile la farina bigia con la bianca. Così, un eminente cultore di studi biologici scrisse che tre fattori contribuirono a distruggere le pelli rosse: il Wisky, la sifilide e... il pane bianco.

Ancora in trattati pubblicati nel 1910, non sospetti quindi di subire l'influenza di apprezzamenti suggeriti dalle necessità della guerra, la inferiorità del pane bianco era conclamata.

L'abburattamento al 90 per cento permette di utilizzare più largamente tutto quello che il grano può dare senza nuocere all'organismo, anzi per molte persone con vantaggio.

A proposito di diversi giudizi emessi in ordine all'abburattamento delle farine, ciò che è avvenuto a Genova, prova che molto spesso le critiche che si muovono al Commissariato dei consumi dovrebbero invece dirigersi ai frodatori.

A Genova fino a poco tempo fa si mangiava pane pessimo: ora invece si mangia pane buono, perchè un ispettore mandato colà dal Commissario dei consumi, ha scoperto che in certi molini si usava non solo farina guasta ma anche... segatura di pioppo. E di questa segatura, di cui si facevano ingenti spedizioni in tutta Italia, c'era una fabbrica in Alessandria.

Dopo che la frode fu scoperta e la vigilanza nei molini instaurata, il pane è diventato buono...!

NELLA VITA PROFESSIONALE.

A proposito di promozioni degli ufficiali medici.

Dalla Zòna di guerra.

Riceviamo e pubblichiamo:

Caro *Pangloss*,

Tu grande assertore de' nostri diritti, della nostra povera sorte, sei colpito da qualche tempo da una crisi di mutismo. *Expergiscinini quondam!*

Hai letta l'interpellanza dell'on. Vinai? Egli ha il cuore tenero per i nostri buoni colleghi assimilati! Non sono forse questi que' fortunati che facendo il militare servizio continuano a far gli affari loro, raccogliendo anche le nostre sparse clientele? Non siam noi di fronte ad essi i veri perseguitati dalla sorte? Ci troviamo chi con 40, chi con 49 (!) anni sulle spalle col bastone da maresciallo di capitani e non si parla ancora delle nostre promozioni.

Io avrei capito d'esser equiparati agli effettivi della stessa anzianità di grado se la guerra fosse durata sei mesi. Ma siamo di già al terzo anno e chi pensa a noi? Lontani dalle famiglie, fuori dai nostri vitali interessi, con la sola indennità di marcia (L. 2.80 al giorno!) alla quale ora si aggiungerà l'indennità caro viveri (L. 24 *lorde* mensili!) col grado *cronico* di capitani! Non ti pare una bella sorte?

E degli effettivi sono già maggiori quelli laureati 10, 12, 14 anni dopo di noi! Che ne dici, *Pangloss?* Puoi farci tu qualche bene? Puoi tu richiamar dalla sapiente tua penna qualche frase che ci consoli?

Noi attendiamo, mentre con tutto il cuore e con tutta la mente ci adoperiamo a risparmiare la morte e a sollevare i gloriosi feriti.

Un capitano medico nella zona di guerra.

Le quistioni, cui accenna il gentile collega, sono state in questo giornale prospettate e discusse con molta larghezza ed insistenza. La insistenza è divenuta monotona fino al punto che è passata inavvertita a chi aveva il dovere di provvedere. La monotonia d'altra parte poteva riescire molesta a quei colleghi che vogliono giustamente riservato lo spazio, di cui dispone questo periodico, alla discussione dei problemi di medicina che la guerra hā imposti con tanta tragica generosità.

Tuttavia sarebbe opportuno che anche degli argomenti di interessi professionali si occupassero quei colleghi che hanno della materia quella competenza che viene dall'esperienza. Nelle ore di sosta del penoso e nobile lavoro potrebbero attendere anche a questo.

Forse essi avranno maggiore fortuna.

P.

Cronaca del movimento professionale.

Sussidio per il «caro-viveri» ai medici comunali della provincia di Padova. — Il presidente della Sezione Padovana dell'A. N. M. C., dott. V. L. Camurri di Vicenza, aveva rivolto un'istanza al Prefetto della Provincia, chiedendo che si concedesse ai medici comunali della Provincia stessa, quale indennità «caro-viveri», la somma fissata nel bilancio dei rispettivi comuni per la spesa di supplenza del mese annuale di licenza a cui hanno diritto *ope legis* e per il capitolato di servizio e di cui da due anni non usufruiscono.

Tale indennità veniva chiesta unicamente per i medici condotti che non hanno altri cespiti di entrata salvo *quelli ordinari;* non per quelli che hanno *incarichi speciali* retribuiti, come condotte a scavalco, servizi per il R. esercito o la Croce Rossa, ecc.

Il Prefetto comm. Marcialis ha ora risposto, significando che il Consiglio Provinciale di Sanità, nell'adunanza del 30 aprile p. p., avendo preso in considerazione la richiesta di cui sopra, ha opinato che, in via eccezionale, durante la guerra, i Comuni compensino quei medici condotti i quali non possono godere dell'ordinario congedo, con un sussidio in misura corrispondente ad un mese di stipendio.

Tale voto dell'Autorevole Consesso è stato partecipato all'onor. Giunta Provinciale Amministrativa, affinchè lo tenga presente caso per caso nelle decisioni di sua competenza.

Per l'aumento della indennità di cavalcatura. — L'ordine dei medici di Perugia ha inviato ai sindaci dei Comuni di quella Provincia una lettera con la quale fanno presente che insieme al forte aumento del prezzo delle biade, dei foraggi, delle essenze, ed in genere di quanto si riferisce ai mezzi di trasporto, è di pari passo aumentato per i medici condotti il costo del mantenimento della cavalcatura, od altro mezzo di trasporto, necessari al servizio di condotta.

Se la indennità ai medici condotti oscilla tra le 400 e 600 lire, oggi il fabbisogno è salito a 1200-1500 lire, secondo che si tratta di città o di campagna.

Cosicchè i medici condotti oggi, in mezzo alle crescenti difficoltà della vita, mentre ogni classe di impiegati ed operai chiede ed ottiene miglioramenti, vengono a subire una grave diminuzione di stipendio che oscilla tra le 600 e le 700 lire.

La lettera conclude esprimendo l'avviso che dal punto di vista legale, i medici condotti abbiano la facoltà di denunziare i contratti a *forfait* per il mantenimento della cavalcatura, precisamente come i farmacisti, dinanzi all'aumentato prezzo, hanno denunziato i contratti a *forfait* per la somministrazione delle medicine ai poveri, e perciò si chiede di risolvere amichevolmente la questione, facendo per questo appello alla buona volontà ed al senso di giustizia delle Amministrazioni Comunali.

Sezione Vicentina dell'A. N. M. C. — Il 24 maggio u. s. è stato approvato il seguente ordine del giorno: « L'assemblea generale della Sezione Vicentina dell'A. N. M. C. riconvocata il 24 maggio 1917 per pronunciarsi sull'atteggiamento politico del presidente generale;

pure riconoscendo che l'azione dell'on. Brunelli come socialista ufficiale non risponde ai sentimenti altamente patriottici della grandissima maggioranza dei medici condotti;

mentre constata con profondo rincrescimento che il capo dell'Associazione non condividendo tali nobilissimi sentimenti e non uniformando ad essi la sua attività politica mostra di disconoscere nella grande ora presente la ineluttabile necessità e la grandezza della nostra guerra che eccelle sopra uomini e partiti;

rilevato però la correttezza dell'opera del Brunelli come presidente dell'Associazione dei medici condotti nei presenti difficili momenti, correttezza che emerge da tutto l'indirizzo da lui dato all'azione di classe durante il periodo di guerra;

ritenuto che il personale atteggiamento politico del proprio capo non possa adombrare le benemerenze della classe medica che più d'ogni altra ha dato prova costante ed efficace di affezione e di devozione alla causa della patria;

delibera di non aderire al voto di quelle Sezioni le quali hanno affermato la incompatibilità dell'on. Brunelli come presidente dell'Associazione dei medici condotti ».

Per la riforma dello insegnamento delle levatrici. — Il Ministro della P. I. ha affidato ad una speciale Commissione l'incarico di studiare un programma d'insegnamento per le levatrici.

Tale commissione è composta dai professori Mangiagalli, Miranda e Pestalozza.

La riforma della istruzione da impartirsi alle levatrici, fortemente sentita e richiesta in questi ultimi tempi, si ricollega alla quistione sui limiti dell'attività professionale delle levatrici stesse

Su questo argomento si è svolta una vivace polemica tra il prof .Guzzoni degli Ancarani, il dott. Davoli ed il prof. La Torre.

Questi ha brillantemente combattuto la tesi che si possa accordare alle levatrici la facoltà di sostituirsi al medico nella prescrizione di medicinali e nel praticare operazioni, sia pure in via d'urgenza.

Sulla generalizzazione delle autopsie

Riceviamo e pubblichiamo.

Illustre Collega,

Nella P. pr. del *Policlinico,* fasc. del 28 marzo a. c., n. 13, leggo un assennato articolo del collega Lay di Venezia sulla necessità di generalizzare le autopsie e di istruire il pubblico di questa necessità.

Consigliabile sarebbe l'istruire con l'esempio; che i medici esprimano la volontà, anzi l'ordine alla famiglia di essere sezionati, e così educheranno il pubblico.

Con ogni ossequio

Dev.mo A. MARINA.

RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

Periodo di prova. Medico condotto interino. Medico supplente.

Con decisione del 6 ottobre ultimo la 4ª sezione del Consiglio di Stato ha stabilito una importante massima a riguardo dello acquisto della stabilità da parte dei medici condotti; massima che è, a nostro avviso, giusta e rispondente a sani criterii di diritto.

La detta sezione, infatti, dichiara che per lo acquisto della stabilità dei medici condotti nominati a seguito di pubblico concorso, mentre si deve tener conto del servizio prestato dal sanitario nella qualità di interino non si può, per converso, tener conto di quello eventualmente da lui prestato come supplente.

Secondo la detta Sezione il servizio prestato nella prima qualità non è paragonabile a quello prestato nella seconda, e che, quindi, non può darsi ad entrambi la medesima efficacia per lo acquisto del diritto alla inamovibilità.

Il servizio del supplente non è pieno e continuato come quello dello interino: egli presta l'opera sua interpolatamente e sol quando il bisogno il richieda, nè svolge intera la sua attività professionale, limitandosi a sostituire il titolare nella cura medica o chirurgica allorchè questi, impedito od impossibilitato a fare da sè, chiede l'opera di un aiutante o supplente.

La supplenza suppone condotta coperta, già affidata a sanitario responsabile. Essa spesso si esercita senza diretto vincolo verso l'amministrazione municipale ma solo verso il titolare, il quale risponde dello andamento dello intero servizio, assorbendo anche l'opera del sostituto.

L'interinato suppone, invece, condotta vuota e libera.

L'interino abbraccia tutto il servizio di assistenza e cura sanitaria.

Egli è direttamente ed unicamente responsabile verso l'amministrazione municipale, che lo ha nominato ed esercita tutte le mansioni che dalle leggi e dai regolamenti sono affidate al medico condotto, di cui fa le veci.

Egli ha tutto l'interesse e che il servizio proceda bene e ciò anche per non pregiudicare la non improbabile eventualità di vincere il futuro concorso e, tenuto conto del tempo precorso, diventare immediatamente stabile.

A giusta ragione, pertanto, il periodo di interinato deve essere computato in quello di prova.

Eleggibilità a consiglieri comunali e provinciali dei medici delle Opere Pie.

La Cassazione di Roma ha recentemente emessa una importante sentenza con cui si ritengono eleggibili alla carica di Consiglieri Comunali e Provinciali tutti i medici in servizio delle Opere Pie e degli Istituti ospedalieri.

Premesso che la legge comunale e provinciale esclude dalla eleggibilità gli *impiegati degli Istitu-*

ti di beneficenza, la Suprema Corte ha, fra l'altro, considerato:

« Secondo il significato generalmente riconosciuto del pubblico impiego, a integrare la qualifica di impiegato occorrono la continuità ed esclusività della prestazione d'opera, il divieto di qualunque altro impiego privato, di qualsiasi professione, commercio, industria, l'assoluta subordinazione gerarchica, un corrispettivo pecuniario continuativo, sufficiente ad assicurare all'impiegato i mezzi necessarii alle esigenze materiali della vita, e proporzionando alla capacità, all'anzianità, al grado, la stabilità nell'impiego, le promozioni, la pensione; ma nessuna di codeste caratteristiche condizioni si riscontrano nel medico-chirurgo, libero professionista, che presta la sua opera scientifica in un ospedale o altro istituto di carità o beneficenza. È noto che medici insigni, luminari della scienza e della cattedra, i quali dalla loro libera professione ritraggono emolumenti ingentissimi, tengono in onore di appartenere a cotali istituti, non certamente per il modesto compenso che è ad essi attribuito. Infatti la stessa Corte di Genova, sospinta dalla forza della realtà, fu costretta a rilevare — a dimostrazione della deroga al principio della incompatibilità dello impiego col libero esercizio di una professione — *che gli istituti di beneficenza conseguivano l'alta e fondamentale finalità di assicurarsi mediante una spesa relativamente tenue e contenuta nei limiti imposti dalle inesorabili ragioni del bilancio, l'opera preziosa di questi insigni e valorosi professionisti, chè altrimenti, se costoro dovessero impiegare tutta la loro attività, meriterebbero di essere rimunerati al prezzo eccedente la potenzialità finanziaria degli istituti al cui servizio viene prestata* ».

« Non è chi non veda la palese contraddizione di questa constatazione della Corte con la qualifica di impiegati nel tempo stesso attribuita a quei medici, tali da escluderli dalla carica elettiva di Consiglieri del Comune ».

« In tema sì delicato, quale è questo, che riguarda diritti fondamentali dei cittadini, non sono ammissibili le interpretazioni assertive, nella mancanza di una esplicita sanzione proibitiva della legge », ecc. ecc.

(*Cassazione di Roma*, 20 gennaio 1917).

Dott. JUSTIZIA.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6882) *Aumenti quinquennali di stipendio. - Decorrenza*. — Dott. L. D. da S. — Essendo stato approvato nel 1908 il Regolamento organico, il primo aumento quinquennale si sarebbe dovuto maturare nel 1913 ed il secondo nel 1918. Evidentemente Ella ha percepiti i due aumenti con un anno di anticipo. Deve perciò rivalere il Comune per il dippiù indebitamente percepito, non valendo come sanatoria l'approvazione impartita dalle autorità ai bilanci ed ai conti consuntivi dei relativi esercizii, in quanto l'esame di dette autorità si limita ad accertare se la spesa fu effettivamente erogata ma non se era legalmente dovuta. L'aumento quinquennale deve essere liquidato in lire 100 basandosi sullo stipendio di lire 1000 che ha goduto dalla data di approvazione del nuovo regolamento.

(6884) *Pensioni*. — Dott. C. A. G. da P. P. M. — Avendo aderito alla Cassa di previdenza posteriormente al 1909 non può riscattare anni di servizio prestati anteriormente. Nè può avvalersi del disposto dello articolo 42 del Testo unico delle leggi sulla Cassa di previdenza perchè Ella non era in regolare servizio di condotta alla entrata in vigore della legge 14 luglio 1898, n. 335.

(6885) *Indennità caroviveri. - Ricorsi contro i provvedimenti dell'autorità comunale*. — Dott. A. V. da R. — Per la decorrenza della indennità caroviveri bisogna attenersi a quanto dal Consiglio Comunale è stato indicato nel relativo atto deliberativo, non potendosi, in materia di speciali concessioni, pretendere effetti non voluti dal Comune. Se Ella crede impugnare il provvedimento dell'autorità tutoria con cui si approva un regolamento per la concessione della indennità non formulata a suo giudizio, con criterii equi e conformi deve rivolgere reclamo al Governo del Re che deciderà con Decreto Reale previo parere del Consiglio di Stato.

(6887) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi*. — Dott. G. B. G. da N. L. — Il medico condotto chiamato a prestar servizio militare ha diritto allo stipendio maggiore fra quello civile e quello militare in corrispondenza del grado che occupa. A riguardo di Lei occorrerà fare la somma dei tre stipendi che riceve dai Comuni in cui presta servizio e detrarla dallo stipendio che riceve come capitano.

Se vi sarà differenza, questa dovrà esserle rimborsata dai Comuni proporzionalmente allo stipendio, sempre quando però, in quelli ove presta servizio a scavalco possegga nomina regolare e non sia semplicemente interino. Il calcolo si fa sugli stipendi al netto di R. M. per determinare quanto effettivamente il sanitario percepisce alla mano e la somma che conseguentemente deve essere pagata dai Comuni. Essendo stato richiamato sotto le armi, ha diritto a percepire dai singoli Comuni presso cui prestava servizio i due mesi di intero stipendio e ciò a mente del disposto dello articolo 2 del D. L. 9 luglio 1916, n. 875 esteso agli impiegati comunali col successivo D. L. del 10 agosto stesso anno, n. 1109. Essendo Ella della classe 1864 non ha diritto alla indennità giornaliera di lire 5.00 la quale compete unicamente a coloro che furono nominati ufficiali medici in forza degli articoli 1 e 3 del D. L. 21 aprile 1916, n. 469.

(6888) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi*. — Dott. N. M. da L. dei M. — Fino a quando non otterrà la nomina ad ufficiale il Comune dovrà corrispondere l'intero stipendio come se tuttora prestasse regolare servizio. Quando sarà nominato ufficiale avrà diritto per una volta tanto a due mesi di stipendio intero ed in proseguo alla differenza fra lo stipendio civile e quello militare. Nulla Le compete dal Comune ove prestava

servizio interinale. Le spetta lo stipendio solamente per i primi nove giorni di maggio.

(6890) *Imposta militare - Indebita inscrizione - Pagamento.* — Dott. A. G. da M. — I medici condotti esonerati dal servizio militare per effetto del D. L. del 13 aprile 1911 sono esentati dal pagamento della imposta militare. Naturalmente tale circostanza avrebbe dovuto essere fatta nota alla Agenzia delle imposte all'atto della compilazione dei ruoli. Se è stata già compresa nei ruoli, deve pagare; salvo rimborso a seguito di analoga istanza, che avrà cura di esibire sollecitamente allo agente delle imposte, anche per ovviare alla multa per la mancata denunzia, che non dovea essere fatta. Nel caso, poco probabile, che il suo reclamo non venga accolto dallo agente delle tasse, può avanzare nuovo gravame all'Intendente di finanza.

(6892) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. F. S. da M. — Quando esiste un medico condotto esonerato per assicurare l'assistenza sanitaria civile non può farsi luogo ad altro esonero di persona che, come pare, attualmente trovasi sotto le armi. Coll'esonero già concesso si è ottenuta la continuità del servizio civile ed è, quindi, naturale che non possa procedersi a nuovo esonero perchè non potrebbe dimostrarsi essere il sanitario indispensabile ed insostituibile. Se il nuovo esonero fosse concesso Ella potrebbe ricorrere al Ministero della Guerra.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 2460:

Compiuti i 15 anni di laurea potrà far domanda al Ministero, pel tramite della Direzione di Sanità, onde ottenere l'assimilazione al grado di capitano.

Ottenuta la promozione spetta al collega anche l'aumento di stipendio.

All'abb. n. 8242:

Il passaggio è possibile ma occorre attendere che il Ministero della Marina indica il concorso.

Solo allora si può presentare domanda, con i titoli, al Ministero della Marina.

All'abb. n. 3479:

Bisogna distinguere se a suo figlio interessa far resultare la sua malattia come dipendente *dai disagi della guerra* ovvero *da cause di servizio.*

Nel primo caso dovrà reclamare e far domanda di visita alla autorità sanitaria locale, che è la Direzione di sanità dell'Armata, o al Corpo d'Armata da cui dipende; nel secondo dovrà, pel tramite del proprio Corpo, far domanda di visita al Ministero della guerra.

La dichiarazione di malattia dipendente dai disagi della guerra ha infatti una portata locale, ai soli effetti degli assegni e delle indennità, la dichiarazione di malattia dipendente da cause di servizio ha invece una maggior portata e serve agli effetti della pensione.

All'abb. n. 4458:

Per la nomina a capitano per titoli occorre l'idoneità *incondizionata.*

Al dott. R. B. da P.:

Per il rimborso della differenza di stipendio potrà reclamare alla Delegazione della Croce Rossa da cui dipende.

All'abb. n. 1774:

Col bollettino n. 93 del 1916 il collega ha avuto la qualifica di primo capitano.

Non ha diritto alla promozione a maggiore.

All'abb. n. 1731:

Suo figlio potrebbe trovar posto, come aiutante radiologo, in un'ambulanza radiologica o in un'ambulanza chirurgica, ove pure esiste il servizio radiologico.

Faccia quindi risultare la sua competenza radiologica al Comando del proprio centro di mobilitazione.

All'abb. n. 4322:

Gli ufficiali medici, a differenza degli ufficiali degli altri corpi ed armi, possono, appartenendo alla riserva od alla milizia territoriale, far passaggio al ruolo di complemento solo ottenendo per i proprii titoli un grado superiore a quello che hanno.

Al dott. D. N. M., Zona di Guerra:

Essendo in zona di guerra non occorre attendere per la promozione, il 18° mese di permanenza colà, ma basta che siano stati promossi gli ufficiali effettivi della stessa anzianità.

Però occorre, per la promozione, essere dichiarato idoneo *ad incondizionato servizio.*

Il servizio che il collega presta, per quanto disagiato ed in zona di pericolo, non è il *servizio di trincea* che rappresenta il *maximum* dei disagi e dei pericoli.

All'abb. n. 7453:

L'art. 84 dell'Elenco delle infermità stabilisce che la *nefrite cronica* sia causa di riforma.

Occorre però che tale cronicità sia ben dimostrata e quindi che siano espletati tutti i periodi della rivedibilità. E poi occorre intendersi anche sulla specie di questa nefrite.

All'abb. n. 5358:

Se il collega è stato in congedo ed è stato lasciato in libertà con la dichiarazione che poteva ritornare nel luogo di sua abituale residenza, è ovvio che non ha diritto al pagamento dello stipendio per un servizio che non ha prestato.

Agli effetti della *indennità di entrata in campagna* non esiste neppure ora distinzione fra zona di guerra e zona di operazioni.

All'abb. n. 4697:

È ora stabilito che per il suo personale sanitario, la Croce Rossa osserva le stesse norme di promozione che vigono pel corpo sanitario militare. (Circolare 752, G. M., 1916).

Ciò però avviene soltanto fino al grado di capitano, non esistendo maggiori di complemento per anzianità (ma solo per titoli).

Il collega potrebbe esser promosso maggiore (poichè ha 9 anni di grado mentre ne basterebbero 8) previo consenso della C. R., che deve farne proposta al Ministero della Guerra.

All'abb. n. 5703:

Non ha diritto ad indennità perchè la sua classe è sotto le armi.

A rigore di termini non avrebbe diritto alla promozione al grado superiore perchè non abile ad incondizionato servizio. Però la Commissione che esamina i titoli difficilmente fa eccezioni per le promozioni da sottotenente a tenente, mentre molte ne fa per quella da tenente a capitano.

Può quindi provare a far domanda al Ministero.

All'abb. n. 8279:

Può reclamare al Ministero *unendo una dichiarazione del Comando del Corpo d'armata* che la pratica che lo riguardava andò la prima volta smarrita.

All'abb. n. 7771:

Suo figlio se, come è augurabile, sarà restituito in perfette condizioni di salute, data la sua età giovanile, può essere nuovamente impiegato in prima linea, nella sua qualità di medico.

Nessun diritto ad entrare a far servizio in ospedali od altrove. M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alta onorificenza.

Il prof. comm. Angelo Chiavaro, direttore e fondatore degli *Annali di Odontoiatria*, è stato nominato da S. M. *Grande Ufficiale della Corona d'Italia*.

Il prof. Chiavaro, dopo aver studiato all'estero i servizi odontoiatrici, li organizzò nella nostra zona di guerra, contribuendo alla loro istituzione con generose offerte, per cui si ebbe un diploma di benemerenza dalla Croce Rossa.

Quale capo riparto della Sezione «Ferite mascellari e odontoiatria» del Celio, il prof. Chiavaro attese con singolare energia alla cura di un gran numero di feriti ai mascellari e ottenne risultati veramente meravigliosi. Il personale sanitario di detto riparto gli ha offerto in questa occasione una magnifica pergamena artistica, insieme alla decorazione.

All'illustre amico le nostre felicitazioni.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valore militare per la campagna di guerra 1915-1916.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Mazzaglia Giovanni, da Nicolosi (Catania), capitano medico sezione sanità divisione. — Costante esempio di zelo, di calma, serena, infaticabile ed intelligente operosità, anche di fronte al pericolo ed in mezzo a gravi difficoltà nel disimpegnare le sue attribuzioni, in una speciale circostanza, accorreva, per primo, dove una granata nemica aveva abbattuto una casa, e, coll'aiuto di pochi ardimentosi, riusciva ad estrarre e porre in salvo una guardia di finanza, rimasta sotto le macerie. — Sagrado, 14 novembre 1915.

Missoni Ignazio, da Tivoli (Roma), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Instancabile nell'adempimento del suo dovere, con serena calma, prestava le sue cure ai feriti, anche sotto il vivo fuoco dell'artiglieria avversaria. — Col di Lana, 19 ottobre 1915.

Montanelli Giovanni, da Fucecchio (Firenze), capitano medico reggimento fanteria. — Benchè il posto di medicazione fosse fatto segno a vivo fuoco di grsose artiglierie nemiche, non volle cambiarlo per non privare del suo pronto soccorso i feriti del reggimento che potevano giungere da un momento all'altro, e rimase fino a quando, ferito al braccio destro, non fu costretto ad allontanarsi. — Oslavia, 12 dicembre 1915.

Musacchio Giacinto, da Ururi (Campobasso), sottotenente medico complemento reggimento bersaglieri. — In zona intensamente battuta dall'artiglieria nemica, con grande calma ed elevato sentimento del dovere, provvide a medicare ininterrottamente, di giorno e di notte, numerosi feriti, durante l'occupazione di una posizione nemica fortemente contrastata. — Ursic, 11-12 settembre 1915.

Polastri Vincenzo, da Tortona (Alessandria), sottotenente medico reggimento fanteria. — Mentre prestava l'opera sua in un posto di medicazione, fatto segno a ripetuti colpi di artiglieria nemica, non cambiò posto per non privare i feriti del reggimento di un pronto soccorso, e rimase fino a quando non fu ferito egli stesso. — Oslavia, 12 dicembre 1915.

MEDICINA SOCIALE.

Per la lotta antiturbercolare in Roma.

Si è riunita il 22 giugno, sotto la presidenza del prof. Tamburini, l'assemblea generale dei soci del Comitato Romano della Lega Nazionale contro la tubercolosi per l'esame del bilancio preventivo e del programma per l'organizzazione della lotta antitubercolare in Roma. Erano presenti molti soci e rappresentanti di Enti e Istituzioni aggregate. Dopo l'esposizione del bilancio preventivo, che fu approvato, e la nomina dei revisori dei conti del consuntivo, il presidente espose il programma che intende attuare il Comitato per la lotta antitubercolare, specialmente per mezzo dell'istituzione dell'*Ufficio centrale permanente antitubercolare* e che si riassume nei seguenti punti principali:

1° coordinazione delle Opere già esistenti in Roma per convergerle alla lotta antitubercolare specialmente per la profilassi e cura dell'infanzia minacciata o colpita dal grave morbo;

2° raccolta, dalle diverse fonti autorizzate, delle segnalazioni dei casi di tubercolosi, procedendo alle relative inchieste domiciliari, per trasmetterne i risultati ai vari Enti e Istituzioni che possono impartire gli opportuni provvedimenti d'assistenza, soccorso e difesa igienica e sociale necessari pei singoli casi;

3° favorire lo sviluppo delle Opere antitubercolari esistenti e promuoverne la creazione di nuove (Dispensari, Colonie profilattiche, Sanatori, ecc.);

4° dare ampia diffusione alla propaganda antitubercolare in mezzo alla popolazione di Roma e provincia.

Per l'attuazione pratica di questi importantissimi compiti il Comitato ha appunto costituito un organo centrale effettivo, coordinatore, raccoglitore e promotore di tutte le azioni pratiche antitubercolari, l'Ufficio centrale antitubercolare, affidato alla direzione dell'egregio dott. Ugo Mariotti, per il cui funzionamento per altro necessitano molti mezzi pecuniari, che il Comitato confida non mancheranno da parte degli Enti Governativi, Provinciali, Municipali, ecc., interessati alla lotta antitubercolare.

Il dott. Mariotti illustrò ulteriormente gli scopi, l'organizzazione e sopratutto i bisogni della nuova Istituzione. Alla discussione parteciparono il dottor Trulli, mettendo in evidenza la assoluta e urgente necessità che lo Stato entri direttamente e con grandi mezzi nella lotta antitubercolare, specialmente per l'attuazione di Sanatori che sinora mancano, e il comm. Magaldi illustrando l'opera della Lega Nazionale contro la tubercolosi, di cui egli è vice-presidente, specialmente nella preparazione di proposte legislative, che saranno fra breve presentate al Governo.

Il presidente chiuse la discussione ponendo in rilievo come, malgrado e forse anzi in causa della generale preoccupazione per i grandi e nuovi problemi suscitati dallo stato di guerra, pure lo spirito pubblico in Italia e specialmente in Roma, si rivolge con ardore verso il grave problema della tubercolosi, come lo dimostra la nobile iniziativa del *Giornale d'Italia* per la creazione di un *Sanatorio per bambini tubercolosi*, che verrà a colmare una gravissima lacuna nella beneficenza Romana, quella del Comitato degli invalidi della guerra per la istituzione del *Sanatorio Battisti* per militari tubercolosi, che sorgerà tra breve per l'opera indefessa dell'illustre prof. Marchiafava, quella del *Comitato di soccorso alle famiglie dei tubercolosi* che, presieduto dalla benemerita signora di Guglielmo Marconi, sta raccogliendo cospicue oblazioni al nobile scopo, e quella della Croce Rossa, che è già entrata attivamente nell'azione pratica della lotta antitubercolare specialmente per l'istituzione di Sanatori, dimostrando così che, se la santa guerra che noi combattiamo per la libertà e la giustizia assorbe tutti i nostri pensieri e le nostre opere, pure non si combatte con minore ardore quell'altra santa guerra, inspirata a sentimenti di solidarietà umana, che è la lotta contro i mali sociali che affiggono l'umanità.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

NOTIZIE DIVERSE

Per la disciplina dei consumi.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Sassari ha diramato ai medici inscritti una circolare per esortarli alla divulgazione del risparmio nei consumi alimentari.

È stato organizzato a Roma un ciclo di conferenze ai maestri delle scuole elementari sulla limitazione dei consumi; le conferenze sono state tenute, nell'aula dell'Istituto d'Igiene, dai medici dell'Ufficio d'Igiene prof. T. Gualdi, dott. V. Fraschetti, dott.ssa T. Sandeski, dott. G. Palomba.

Hanno tenuto conferenze di propaganda il prof. R. Vivante a Venezia, il prof. L. Cappelletti a Ferrara, il dott. Marzuttini a Udine, il dott. G. Vadacca a Lecce, il dott. Pagnelli a Camerino, il dott. P. Maltese a Salerni (Trapani), il dott. L. Fusco a Cardito (Napoli), il dott. Garzia a Peccioli (Pisa), ecc.

Sanzioni penali sulla disciplina dei consumi.

Con Decreto Luogotenenziale 6 maggio u. s., n. 1141, sono state emanate nuove disposizioni penali e di procedura in materia di approvvigionamenti e di consumi.

Riportiamo un articolo che riguarda direttamente la classe sanitaria:

Art. 15. — Il pubblico ufficiale, l'incaricato del servizio di razionamento, il medico che in qualsiasi modo attribuisce o fa attribuire ad alcuno razioni che non gli spettino o maggiori di quelle che gli spettano, è punito con la reclusione sino ad un anno e con la multa da lire cento a mille.

Se il fatto avvenga per negligenza o imperizia, il colpevole è punito con la detenzione sino ad un mese e con la multa da lire cinquanta a lire cinquecento.

Per combattere la malaria.

Un D. L. stabilisce di erogare sull'utile netto della vendita del chinino di Stato, una somma annuale da destinarsi in sussidi per diminuire le cause della malaria e per costituire un fondo di riserva per le epizoozie.

L'assicurazione per le malattie.

Si è tenuta a Milano l'assemblea dell'Associazione liberale, convocata per discutere sul problema delle assicurazioni. Con tre soli voti contrari si approvò il seguente ordine del giorno proposto dall'avv. Vago e dal prof. Ferrario:

« L'assemblea dell'Associazione liberale afferma la necessità di risolvere al più presto possibile legislativamente il problema dell'assicurazione obbligatoria per le malattie, come prima base delle nuove riforme di previdenza che dovranno costituire pel dopo guerra un organico sistema legislativo a favore della classe lavoratrice industriale e agricola e degli impiegati privati e coerentemente plaude all'on. De Capitani che ha presentato al Parlamento una mozione appunto sull'assicurazione obbligatoria per le malattie e agli on. Borromeo

Belotti e Venino autori di un progetto di legge per la estensione delle assicurazioni degli infortuni sul lavoro ai lavoratori della terra ».

Uno studio sulla Cassa Nazionale Infortuni.

Mentre il Governo viene traducendo in realtà il proponimento di intensificare la legislazione sociale, dando speciale sviluppo alla politica del lavoro, e ne ha offerto una positiva prova immediata con la presentazione al Senato di un disegno di legge per l'assicurazione obbligatoria dei contadini contro gli infortuni nei lavori agricoli, è giunto opportuno uno studio polemico-storico-tecnico del comm. Vincenzo Magaldi sulle origini, sul funzionamento, sulle finalità presenti e future della Cassa Nazionale Infortuni, alla quale quel disegno di legge oggi affida la gestione della nuova assicurazione.

Il comm. Magaldi, uno dei più illuminati e forti apostoli della previdenza sociale, ha pubblicato il suo brillante studio nella *Rassegna di Assicurazioni e Previdenza Sociale,* la pubblicazione che la Cassa Nazionale Infortuni diffonde a solo scopo di propaganda di tutte le forme della previdenza.

Ed il comm. Magaldi ha ricevuto in questi giorni larghi e pieni consensi da ministri, senatori, deputati, industriali e organizzazioni di lavoratori.

Nel giornalismo medico.

Si è iniziata la pubblicazione di un nuovo giornale di medicina, i « Quaderni di Medicina Legale ». Lo dirigono i proff. C. Biondi (Siena): L. Borri (Firenze); M. Carrara (Torino); A. Cevidalli (Parma); G. Corrado (Napoli); C. Ferrai (Pisa); R. Magnanini (Modena); A. Montalti (Palermo); D. Mirto (Catania); S. Ottolenghi (Roma); P. Pellacani (Bologna); G. G. Perrando (Genova).

Esce mensilmente in fascicoli di 50 pagine; si occupa in particolar modo di medicina legale militare, di traumatologia, d'infortuni sul lavoro; pubblicherà numeri monografici speciali sulle simulazioni, sui gaz asfissianti, ecc.; farà larga parte alle recensioni, che saranno coordinate per argomenti.

La Redazione è presso il prof. Cevidalli: Istituto di Medicina Legale della R. Università di Parma; l'Amministrazione a Milano, Via Mascheroni 20.

Siamo lieti di annunziare la ripresa dell'interessante archivio *Tumori,* diretto dal prof. Fichera. La pubblicazione di esso era stata interrotta al principio della guerra; ma ora sono state felicemente sormontate le difficoltà che avevano reso impossibile la regolare pubblicazione dei fascicoli.

Nel corso di quest'anno sono usciti due fascicoli. Ne diamo i sommari:

I. G. ACCONCI, *Sull'innesto eterogeneo di tumori nell'embrione in via di sviluppo;* A. ALBANESE, *Sulla esistenza di fermenti proteolitici nel siero di una specie animale per le proteine di tessuti appartenenti ad una specie animale differente;* G. FICHERA, *Contributo alla patologia e chirurgia dello stomaco;* Rassegna bibliografica; Bollettino.

II. V. SAVIOZZI, *Contributo allo studio della casistica delle cisti della capsula surrenale;* R. DESOGUS, *Sarcoma melanotico della coroidea;* G. FICHERA, continuaz.; G. D'AGATA, *Azione del tessuto splenico fresco o in autolisi sull'attecchimento e sviluppo dei tumori sperimentali;* Rassegna bibliografica; Bollettino.

A coprire il posto resosi vacante per la morte del prof. Landouzy nel comitato di direzione scientifica della *Presse médicale,* è stato assunto il professore Widal, eminente scienziato e maestro della facoltà di Parigi, che terrà degnamente l'alta successione.

Comitato per le onoranze al dottor Ugo Mariotti.

Numerosi colleghi inviarono, in onore del dottor Ugo Mariotti, un'offerta personale in pro' del Comitato Romano per l'Organizzazione Civile. È stata raccolta la somma di lire 1470, che, detratte le spese occorse (in L. 100), è stata versata nelle mani del Sindaco di Roma dal dott. E. Ballerini, a ciò delegato dal Comitato.

Premiazione delle dame samaritane.

All'Ospedale dell'Addolorata al Celio ha avuto luogo la cerimonia della distribuzione dei distintivi di merito alle infermiere volontarie della Scuola Samaritana. V'intervennero spiccate personalità; parlarono il colonnello Riva, direttore dell'Ospedale del Celio, l'assessore comunale comm. De Benedetto ed il prof. Giudiceandrea, direttore della Scuola.

Generosa elargizione.

Il comm. Giuseppe Martinelli, presidente del comitato italiano della Croce Rossa a Rio de Janeiro, in occasione del secondo anniversario dell'entrata in guerra dell'Italia, ha inviato in patria 500 mila lire a favore dei soldati mutilati.

Indice alfabetico per materie.

Artrite alveolo-dentaria . . . . Pag. 848
Batteriologia: uso dell'albumina vegetale » 853
Chinina e salicilici . . . . » 862
Coma malarico: trattamento . . . . . » 861
Emorragie del post-partum . . . . . . » 864
Ferite del torace: cura . . . . » 857
Ferite infette: metodo Carrel . . . . . » 855
Giurisprudenza sanitaria . . . . . . » 867
Intossicazioni professionali da ottone e bronzo . . . . » 863
Malaria e traumi . . . . Pag. 861
Medicina sociale . . . . » 868
Pane di guerra . . . . » 864
Portatori di parassiti malarici . . . . » 861
Siero antitetanico: valore profilattico . » 862
Tifo castrense: osservazioni . . . . . » 841
Tubercolosi e sifilide . . . . » 860
Ufficiali medici: a proposito di promozioni . . . . » 866
Vaccinazione antitifica . . . . » 846

Roma, 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp.
(52)

Anno XXIV. *Roma, 8 luglio 1917* **Fasc. 28**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: F. Vannutelli: Un'epidemia di porpora infettiva con manifestazioni emorragico-scorbutiche tra le truppe combattenti. — C. Bartolotti: Malattie emorragipare e lesioni renali in zona di operazione. — **Osservazioni cliniche:** L. Moncalvi: Trattamento di un caso di noma con esito di guarigione. — **Note e contributi:** S. Marinacci: Nuovo processo per l'allacciatura dell'arteria poplitea. — V. Maragliano: Nuova applicazione dell'elettro-vibratore del Bergonié. — M. Persiani: A proposito di autolesioni. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia. — Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Sindromi emorragiche ad insorgenza epidemica fra le truppe operanti. — Stomatite purulenta epidemica. — TERAPIA: Nuovo metodo di cura della psoriasi. — MEDICINA SOCIALE: Provvedimenti per il benessere dell'infanzia. — **Posta degli abbonati.**

Nella vita professionale: Massimi: Guerra e pace. — «Sempre a proposito del turno». — Cronaca del movimento professionale. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DA CAMPO 041.

Un'epidemia di porpora infettiva con manifestazioni emorragico-scorbutiche tra le truppe combattenti.

Dott. FEDERICO VANNUTELLI
Capitano medico, capo-reparto di medicina.

Durante i quattro mesi di permanenza nell'ospedale da campo 041, ho avuto occasione di osservare una discrasia sanguigna assai grave, non tanto per le sue conseguenze finali, quanto per il carattere epidemico da essa assunto: discrasia che ho diagnosticato per una porpora infettiva con manifestazioni emorragico scorbutiche tipo morbo maculoso di Werlhof.

Ne furono ospedalizzati da noi in tre mesi circa duecento casi; ma altri ne furono sgombrati direttamente sugli ospedali dell'armata. Non credo perciò inutile riferirne, anche come modesto contributo alla conoscenza delle forme discrasiche che sono lungi dall'essere ben note dal punto di vista della etiologia, della patogenesi, della sintomatologia.

Da principio questa porpora ebbe anche una importanza medico-legale, perchè qualche medico dei corpi che per primo l'osservò, disorientato dalla localizzazione del quadro clinico,

suggestionato dalla localizzazione delle manifestazioni emorragiche quasi esclusivamente negli arti inferiori, e dal rapido dilagare di essa tra i militari dello stesso corpo o reparto, pensò senz'altro ad una forma provocata.

Ed intesi parlare di contusioni prodotte ad arte col ripetuto percuotersi mediante sacchetti ripieni di pallini di piombo o veccioni, specie là dove i tessuti molli potevano più facilmente essere compressi tra il corpo contundente e lo scheletro sottostante; di legature ischemizzanti degli arti, seguite da sforzi muscolari eccessivi e da pestamento dei tessuti; e perfino di ingestione per os, o di iniezioni sottocutanee di sostanze chimiche o tossine batteriche, capaci di produrre stravasi sanguigni superficiali e profondi.

Una tale incertezza diagnostica scomparve fortunatamente subito. Ospedalizzati gli ammalati, è divenuta possibile una serena ed accurata osservazione, si mise in evidenza un quadro clinico ben definito, del quale se l'etiologia sfuggiva ai mezzi di indagine dei quali si disponeva, poteva tuttavia facilmente riportarsi al gruppo delle discrasie sanguigne del tipo porpora.

Accenniamo brevemente al modo di insorgere ed al complesso sintomatico di questa malattia che, comparsa in agosto, continuò in settembre, diminuì notevolmente in ottobre, e si ridusse a pochi casi sporadici in novembre.

I colpiti erano soldati che si trovavano in trincea da quattro mesi ad un anno, con periodi alternati di breve riposo: alcuni appartenevano alle salmerie, qualcuno alla sanità reggimentale (portaferiti); ed erano tutti in età dai 20 ai 35 anni. Ne restò preso anche un borghese di un villaggio prossimo, percorso dalle salmerie.

Il campo di azione di queste truppe: una zona dolomitica; in parte accampate sotto le tende o nelle trincee, in parte ricoverate in baracche: aria perciò saluberrima, temperatura mite di giorno, fredda ed umida di notte. L'igiene degli accampamenti abbastanza curata. Vita piena di strapazzi fisici e di emozioni, con poco ed insufficiente riposo. Nutrimento abituale il rancio caldo; le scatolette di carne in conserva e la *galletta*, solo un giorno su tre o quattro, quando erano di «vedetta». I militari affetti erano in buone condizioni di salute e di nutrizione, senza malattie precedenti degne di nota.

Improvvisamente notavano un certo malessere, dolori muscolari ed articolari diffusi ad uno o ad ambedue gli arti inferiori, e modica febbre. Molti trascuravano questi disturbi, altri *chiedevano visita medica;* ma nulla presentando di obbiettivo, erano o non, riconosciuti.

Dopo qualche giorno le algie aumentavano, e si diffondevano al dorso ed ai lombi; le gambe divenivano edematose e tumefatte, sopraggiungeva lieve gengivite (spesso mancava) e qualche epistassi; compariva od aumentava la febbre; ed il soldato claudicando, ricorreva di nuovo dal medico, che questa volta, notando altresì delle emorragie puntiformi, delle ecchimosi e la febbre, lo inviava all'ospedale.

Questa, di tutti gli infermi, l'anamnesi prossima: dalla quale traspare evidente l'esistenza di un periodo prodromico ben netto e definito, della durata di otto a dieci giorni.

All'*esame obbiettivo* si notava solo in pochi nutrizione scadente, flaccidezza muscolare, pallore della cute; nei più il pannicolo era ben sviluppato, buona la muscolatura, roseo il colorito. Adenopatia cervicale ed inguinale in tutti, più manifesta la inguinale. Tre o quattro volte, parotite unilaterale; una volta bilaterale, non epidemica. Frequente la gengivite, che dalla semplice tumefazione ed arrossamento della mucosa, giungeva fino allo scollamento ed all'ulcerazione del colletto gengivale. Le gengive erano perciò dolenti e sanguinanti, specie nella masticazione. Talora si aveva scialorrea sanguigna ed alito fetido, specialmente quando coesistevano degli ematomi sottomucosi di colorito cianotico o nerastro, della grossezza di una nocciola. Comparivano di solito lungo il bordo alveolare interno del mascellare superiore sporgendo verso il palato duro, corrispondente ai denti cariati (molari) od alle radici esistenti. Dopo qualche giorno, la mucosa necrosata si eliminava, dando esito al sangue stravasato, e lasciando un'ulcerazione più o meno estesa, che non tardava a trasformarsi in piaga granulante. Non si notò mai angina ulcerosa ed emorragica.

Riguardo agli organi viscerali, raramente comparvero dei fenomeni catarrali bronchiali; mai fatti polmonari: una sola volta emotorace sinistro.

Talora, nelle forme specialmente accompagnate da un protratto periodo febbrile, tumore di milza. Mai disturbi intestinali degni di nota, e neppur mai enterorragie. Mai ematuria, nè albuminuria; ad eccezione di un caso di nefrite emorragica.

Un'unica volta si osservò un'erpes zoster intercostale sinistra.

Ma le manifestazioni più imponenti, costanti, e caratteristiche, si notavano negli arti inferiori, molto meno frequentemente nei superiori.

Consistevano in:

1° piccolissime emorragie puntiformi, migliariformi, raramente lenticolari, intorno ai follicoli piliferi; più o meno numerose, talora confluenti, di colorito rosso brunastro;

2° chiazze rossastre, di forma irregolare, tondeggianti per lo più; a bordi netti o sfrangiati;

3° ecchimosi di color rossovinoso, rossobluastro, giallastro o gialloverdastro;
e nei casi più gravi in

4° infiltrazioni emorragiche di colorito cianotico o nerastro, sottocutanee, sottoaponevrotiche, ed intramuscolari.

Gli arti si presentavano tumefatti, infiltrati, edematosi (con edema molle o duroelastico) dolenti spontaneamente ed alla palpazione. Talora la differenza tra l'arto sano ed il malato era di quattro o cinque centimetri di circonferenza: la pelle tesa, il calore al termotatto in aumento, in corrispondenza delle emorragie.

La distribuzione delle manifestazioni emorragiche era la seguente. Negli arti inferiori, le emorragie puntiformi peripilari si osservavano con la stessa frequenza nelle gambe e nelle coscie; più di rado nelle regioni glutee. Negli arti superiori mancavano pure raramente, e si osservavano sulla faccia posteroesterna del braccio e dell'avambraccio. Notate spesso nella regione soprapubica, meno spesso nel dorso: ed allora le petecchie erano di grandezza lenticolare. Mai sul dorso delle mani, una volta sulla faccia dorsale dei piedi.

Le altre manifestazioni emorragiche più importanti (ecchimosi ed infiltrazioni profonde) per lo più bilaterali e simmetriche, predilegevano, negli arti inferiori: il cavo del poplite ed i tessuti periarticolari del ginocchio; le gambe e le coscie (in ordine di frequenza); più la faccia posterointerna, che la anteroesterna, più la superficie flessoria che l'estensoria. Raramente le osservai nella regione inguinocrurale, e nelle perimalleolari (le sole ecchimosi in queste ultime): due o tre volte sul dorso del piede.

Negli arti superiori (nella proporzione del 20 % circa rispetto agli inferiori) sedi predilette erano: l'avambraccio più del braccio, la piega del cubito; la superficie flessoria più dell'estensoria. Una sola volta comparvero ecchimosi nel polso e sul dorso di una mano.

Nel 50 % dei casi si ebbero manifestazioni articolari e periarticolari; nel 25 % versamento nella cavità sinoviale. Spesso per l'edema duro dei tessuti periarticolari, l'arto assumeva una posizione obbligata di semiflessione, raramente di estensione.

Le articolazioni più frequentemente colpite, furono quelle del ginocchio, poi quelle del piede, ed in ultimo quella del gomito.

Una volta notai un'artrite della spalla sinistra, insorta in modo acuto, insieme con gli altri sintomi, e senza precedenti.

Un'altra volta un'artrite del polso e delle articolazioni metacarpofalangee di destra: ed una artrite dell'anca.

I movimenti di flessione ed estensione degli arti colpiti erano naturalmente limitati e dolorosi. I riflessi rotuleo e plantare sembravano più vivaci nell'arto malato che nel sano.

La febbre che, come ho detto, ha accompagnato quasi sempre questo complesso sintomatico, ora era di breve durata, ora si protraeva per due o tre settimane con un andamento continuo reemittente all'inizio della fase febbrile (con remissioni mattutine), intermittente alla fine.

Raggiunse anche il 39° e più. Il rialzo, o la ricomparsa della temperatura era preceduto ed accompagnato da leggeri brividi, e da un'esacerbazione dei dolori muscolari ed articolari. Con la remissione febbrile si aveva sudorazione non profusa.

Dopo un breve periodo apirettico, ricomparivano con la febbre, le epistassi e le emorragie cutanee e sottocutanee, sempre meno importanti delle primitive; oppure si estendevano quelle già esistenti.

Riporto, ritenendole dimostrative, alcune tabelle termografiche.

Questo tipicamente il quadro della malattia.
Si osservò poi una varia gradazione della sintomatologia descritta.

Così in alcuni casi, gli unici sintomi furono: poca febbre, dolori muscolari ed articolari diffusi, emorragie puntiformi degli arti, senza gengivite nè ecchimosi. In altri a questi sintomi si aggiunsero le ecchimosi sottocutanee e lieve gengivite. In altri ancora alle emorragie sottocutanee più estese, le infiltrazioni emorragiche profonde e la gengivite scorbutica.

Ne rammento uno che insieme con le emorragie perifollicolari, presentava gli arti inferiori e sopratutto le coscie, notevolmente tumefatte, e dolentissime alla pressione anche leggera. Nessuna ecchimosi apparente. Evidentemente in questo caso, le emorragie erano profonde e sottraponevrotiche. Infine accenno a due casi, che oltre i dolori articolari e muscolari diffusi, non presentavano che scarse emorragie puntiformi peripilari, e delle chiazze rossastre, di varia grandezza, a contorni irregolari e sfrangiati nell'uno, tondeggianti e netti nell'altro; non rilevate sulla pelle poco

dolenti alla pressione, sparse sulla cute degli arti inferiori. Subita la trasformazione nota dell'emoglobina stravasata (in bilifucsina, bilirubina e biliverdina) scomparivano rapidamente e completamente.

Ricerche. — Con gli scarsi mezzi dei quali si disponeva si tentarono delle ricerche, e si eseguirono degli esami. Ripetute emoculture praticate nel periodo febbrile della malattia, dettero risultato negativo: rimasero sterili (Teschi).

La conta dei globuli dimostrò normale il numero degli eritrociti (i quali erano ben conservati) ed assenza di poichilocitosi. Leggero aumento dei leucociti e lieve diminuzione del tasso emoglobinico.

La formula leucocitaria non apparve decisamente modificata.

Nelle *urine* non si rinvenne albumina, nè altri componenti anormali di essa. Si notò sempre un peso specifico elevato da 1025 a 1030, senza che si notassero variazioni nella quantità normale delle 24 ore. Reazione fortemente acida. All'esame microscopico un numero rilevante di cristalli di acido urico libero, e vari leucociti ben conservati.

Decorso. — È lento; da uno a tre mesi.

Prima a cadere è la febbre: scompaiono poi le emorragie puntiformi e la gengivite; successivamente si riassorbono le ecchimosi e le infiltrazioni emorragiche. I dolori muscolo-articolari persistono a lungo.

Durante il decorso della malattia, si possono avere delle riacutizzazioni, delle nuove poussée. Ricompare la febbre, con le epistassi, i dolori, e nuove localizzazioni emorragiche. Tutti i casi da me osservati (e furono tra essi i più gravi; gli intrasportabili) volsero a guarigione.

Ne rammenterò alcuni dei più importatni.

Uno complicatosi a *nefrite emorragica.* Nonostante gli edemi cospicui, il tasso dell'albumina si mantenne basso (1,50-2 ‰), con non molti cilindri ialini e granulosi, alcuni ematici, e qualche cellula renale. Le urine, di color rossoscuro, contenevano molto sangue al microscopio — ed all'esame chimico. All'oliguria iniziale, seguì poluria in seguito alla cura adrenalinica.

Si constatò anche cistite, con urine alcaline, ammoniacali (appena emesse) abbondanti cristalli di triplofosfato, numerosissimi leucociti, e cellule vescicali. Scomparve dopo pochi giorni, senza che si fosse adottata una speciale terapia.

Il polso raro (46 p.) ed ipoteso, divenne assai frequente nel periodo più grave della malattia (100 p.) e tornò normale (72 p.) quando si avviò verso la guarigione. La febbre non superò i 38°,5. Era presente il tumore di milza.

Uno con *emotorace sinistro.* Il limite superiore del versamento era a tre dita trasverse circa al disotto della spina della scapola. Alla puntura esplorativa si ebbe sangue puro. All'esame microscopico: eritrociti con spiccatissimo il fenomeno della poichilocitosi.

Il versamento assai ridotto qualche giorno dopo la puntura esplorativa, ricomparve una seconda volta in seguito ad una nuova poussée.

Uscì dopo due mesi di degenza all'ospedale, completamente guarito dell'emotorace e delle infiltrazioni emorragiche delle coscie; e notevolmente migliorato dell'anemia concomitante.

Altri due, con varie riacutizzazioni del processo morboso, accompagnate da epistassi ripetute, e da sempre nuove manifestazioni emorragiche degli arti. Ebbero una durata di circa due mesi. In uno — e fu l'unico caso —, si assistette anche alla ricomparsa delle emorragie puntiformi perifollicolari.

Un *ultimo* con fenomeni gravi di tossinfezione generale: notevoli piressie, stato tifoso, deperimento organico accentuato, brividi, cefalea, lingua arida ed arrossata, tumore di milza. Insieme tutte le manifestazioni discrasiche note. L'emocoltura rimase sterile.

Terapia. — Il trattamento fu a base di preparati salicilici in dosi elevati, per bocca e per frizioni — (salicilato di metile) e di vari emostatici. Tra *questi* si usò a preferenza l'ergotina e l'adrenalina per os e per iniezione.

Dell'adrenalina per bocca si arrivò gradatamente fino a 90-100 gocce al giorno, della soluzione al ‰, e se ne iniettarono due fiale al giorno di 0,25 di cc. della soluzione al millesimo. I migliori risultati si ottennero con l'uso protratto dell'adrenalina, e specialmente con quella introdotta per via ipodermica. Ritengo che il suo meccanismo di azione, sia triplice. Agisca cioè: frenando le emorragie, con la sua azione vasocostrittrice; disintossicando l'organismo con l'aumento della diuresi; ed esaltando i poteri di difesa organica.

Tipico e dimostrativo della sicura efficacia dell'adrenalina in queste forme di porpora, è quel caso, certamente il più grave fra quelli osservati, nel quale si ebbe la complicazione renale e vescicale. La cura salicilica, com'è naturale, si era omessa. Orbene questo infermo che si presentò con edemi notevoli e diffusi a tutto il corpo (anasarca), con gengivite ulcerosa, e con scarse infiltrazioni emorragiche nella faccia posteriore di ambedue le coscie; migliorò rapidamente di tutti i sintomi, compresi i renali, non appena fu trattato col noto

estratto delle capsule surrenali. Sospeso il rimedio, tornò a peggiorare nel modo più rapido e completo: fu anzi in questo momento che si rese manifesto anche il fatto cistitico. Aumentarono inoltre gli edemi e l'albumina, mentre diminuivano le urine; aggravò lo stato generale e la gengivite, ricomparvero le ecchimosi e la febbre; il polso divenne piccolo, frequente, molle (a 100 p.); intenso il pallore della cute e delle mucose. Il prognostico si impose gravissimo. Ripreso subito il trattamento coll'adrenalina, per via ipodermica, dopo pochi giorni la scena era nuovamente cambiata; e l'ammalato si avviò in modo sicuro verso la guarigione.

La *gengivite* fu trattata con abbondanti collutori di permanganato di potassio e di acqua ossigenata. Talora si usarono pennellature di tintura di iodio ed il nitrato di argento.

Gli *stati anemici* e *cachettici* che di rado seguirono, scomparvero o si modificarono vantaggiosamente insieme con gli altri sintomi, senza bisogno di cure ricostituenti speciali. Solo nel caso complicato con l'emotorace, praticai delle iniezioni di cacodilato di soda.

La *dieta* fu a base di minestre, uova, latte, poca carne, pane, qualche limone, e pochi alcoolici (marsala o vino).

Ho preferito accennare da ultimo ed insieme alla *eziologia, patogenesi* e *diagnosi* di questa forma morbosa; perchè sono quelle che offrono più adito a discussione, e per potere con la sintesi di tutti gli elementi tratti dalla narrazione dei fatti coscienziosamente osservati, farsi un concetto il più possibile chiaro ed esatto del quadro clinico riferito.

Abbiamo già detto che le emocolture sono rimaste completamente sterili. Ma questa constatazione non basta da sola a distruggere il concetto che la entità clinica descritta, possa essere legata ad un agente infettivo del quale ci sia sfuggita la natura. Il morbo maculoso di Werlhof che rappresentava nei trattati di Patologia il tipo delle varietà note della porpora, era ritenuto e lo è ancora da molti di natura infettiva: e tuttavia nessuno ancora, nonostante molteplici e ripetute ricerche, è riuscito ad isolare e coltivare l'agente patogeno specifico.

D'altro canto varie considerazioni cliniche, depongono in favore della infettività della malattia descritta.

La febbre che non manca quasi mai, i dolori articolari e muscolari che si hanno dall'esordio al termine della malattia, il periodo prodromico ben constatato ed identico in tutti, il carattere diffusivo ed epidemico tra i militari dello stesso corpo e reparto, il risentimento del sistema glandolare linfatico e della milza, le riacutizzazioni del processo morboso accompagnate da nuove elevazioni termiche, il rapporto costante tra febbre ed i fenomeni generali (brividi, epistassi, esacerbamento dei dolori) e le localizzazioni emorragiche e cutanee; lo stato tifoso, come esponente di una tossinfezione grave; infine il brusco insorgere del morbo in individui che si erano fino ad allora mantenuti in buone condizioni di salute. E se teniamo anche conto, *ex juvantibus*, del criterio terapeutico, dobbiamo ammettere che i composti salicilici si sono dimostrati di una efficacia indiscussa, ed alcuni infermi anche gravi, guarirono dei fenomeni generali e locali con l'uso protratto di questi preparati. Già che, come ho notato altrove, non si praticò sempre la cura adrenalinica: da prima si usò l'ergotina come emostatico — (nell'emotorace) —.

Ora quest'agente patogeno a noi sconosciuto, non potrebbe essere una varietà di quello del reumatismo articolare acuto, una varietà dello streptococco? Farebbe pensare a ciò, e la tendenza a colpire le articolazioni e le capsule sinoviali; e l'azione quasi specifica della cura salicilica.

Si aggiunga quest'altra considerazione: che durante il periodo nel quale furono più numerosi i casi di porpora, ebbi occasione di curare nel reparto, un relativo grande numero di reumatismo articolare acuto, che scomparve insieme con la porpora, e proprio quando le condizioni climatiche e le influenze reumatiche esterne, avrebbero dovuto agire maggiormente come cause predisponenti. Ma qui entriamo nel campo delle ipotesi, ed io mi limito soltanto a far rilevare il rapporto epidemiologico notato tra porpora e reumatismo articolare acuto.

Se si deve ammettere ora che una causa infettiva agisca come determinante del complesso sintomatico riferito, è verosimile che altri fattori agiscano come concomitanti e *predisponenti*, specie nella produzione delle emorragie che sono *magna pars* del quadro morboso, e che talora hanno dominato la scena.

Tra queste, l'elemento nervoso ed il dietetico, devono essere presi in seria considerazione, trattandosi di manifestazioni morbose che hanno colpito quasi esclusivamente militari combattenti in prima linea, ed esposti a tutti i disagi, i pericoli, le emozioni della guerra di trincea.

In questi, lo stato emozionale è permanente: è di tutti i giorni, di tutte le notti, di tutte le ore. Pertanto, se è vero come hanno ammesso

ed invocato alcuni autori, che le turbe anche funzionali del sistema nervoso, sono capaci di determinare una diminuzione del tono vasale e della elasticità delle pareti vasali, bisogna ritenere che tale momento patogenetico, trova la sua piena applicazione tra i combattenti.

Quanto al *fattore dietetico*, rammenterò che nel rancio dei soldati, sono assolutamente esclusi i vegetali freschi, le frutta, ecc.; e che l'alimentazione è senza dubbio, troppo unilaterale, essenzialmente carnea.

Ora è acquisto recente della scienza, il nuovo capitolo di fisiologia alimentare, d'alta importanza biologica, riguardante le « vitamine ».

La mancanza di queste che, come ha dimo strato il Fuch, sono contenute nei vegetali freschi, ed agirebbero come eccitatrici del ricambio (lo scorbuto, il beriberi, la pellagra sarebbero delle avitaminosi), non può certamente essere trascurata.

Una riprova dell'alterato metabolismo dei tessuti è data dall'eccesso costante di acido urico libero nelle urine di questi malati (acidosi); — l'abnorme eliminazione del quale si protrae anche dieci o dodici giorni dopo (sebbene in quantità progressivamente minore) che si era variata la dieta; introducendovi del latte e delle uova. Pertanto il turbato ricambio può o direttamente, o per via reflessa nervosa, o per la deviata influenza del sistema endocrino (alterato nella sua funzione da disturbi trofici) determinare alterazioni vasali tali — sia a carico dell'endotelio, che delle tuniche — da predisporre alle emorragie.

A questo proposito è degno di nota il fatto, anche da me ripetutamente constatato su altri malàti del reparto, che varie malattie, più che non avvenga nella pratica ordinaria, hanno presentato una spiccata tendenza alla forma emorragica. Così le nefriti, le pleuriti, le asciti, e lo stesso tifo, nel quale furono pure descritte manifestazioni cutanee scorbutiche. (D'Ormea e Segale).

Ed ora voglio trattenermi su alcune *cause occasionali*, che hanno importanza sopratutto nella localizzazione delle manifestazioni emorragiche.

In linea generale, le mullettiere, che stringono più o meno fortemente; per i disturbi circolatori che inducono nelle gambe, favoriscono la frequentissima localizzazione delle ecchimosi e delle emorragie negli arti inferiori, rispettivamente a quella rara degli arti superiori (20 %).

Anche la posizione obbligata talvolta per ore in ginocchio o carponi, specie nelle trincee o nei camminamenti coperti, ha importanza.

Vi sono poi i traumi del ginocchio e dei piedi sopratutto, nella proporzione del 10 %, che determinano un *locus minoris resistentiae*. La parte traumatizzata è allora la prima sede delle emorragie, e queste, o appaiono tre o quattro giorni dopo, quando del trauma si conserva appena il ricordo, od in proporzioni tali che non si potrebbe invocare il trauma come causa unica di esse.

Altri stimoli chimici e meccanici, hanno agito altresì sulla cute e sulle mucose, favorendo le varie localizzazioni. Un malato presentava un'ecchimosi rettangolare sulla coscia, nel punto stesso dove si era applicata una carta senapata, della quale riproduceva la forma perfetta a margini nettissimi.

E così la gengivite, era più evidente in quei malati che osservavano poco l'igiene della bocca (accumulo di tartaro, ostinati fumatori, masticatori di tabacco); e le manifestazioni ulcerose e scorbutiche più gravi, si osservarono per lo più, in corrispondenza dei denti cariati e delle radici.

Poche parole sulla diagnosi differenziale con lo scorbuto, inteso come entità clinica a sè, e come è descritto nei comuni trattati di Patologia medica.

Dal quadro clinico esposto, sono già emersi vari elementi di diagnosi differenziale. Notiamo ancora che nello scorbuto manca la febbre, che esso colpisce individui vissuti in luoghi chiusi ed antiigienici (carceri e bastimenti) e che si sono nutriti a lungo, con alimenti salati ed in conserva (viaggiatori polari).

La malattia perciò insorge lentamente, e trova l'individuo già esausto, ed in cattive condizioni di nutrizione e di resistenza fisica. Nulla di tutto ciò nei nostri soldati che, come si è detto, venivano colpiti improvvisamente dal processo morboso in pieno benessere, e che si trovavano in condizioni climatiche ed igieniche buone. Si aggiunga che essendo la razione alimentare uguale in tutto l'esercito, lo scorbuto avrebbe dovuto essere diffusissimo. Ed invece anche restringendo l'osservazione nella zona nella quale ci troviamo, si è constatato questo: che dei quattro reggimenti che attingono alla stessa « Sussistenza » solo due hanno dato un contributo notevole alla malattia; gli altri due, che pur si trovano nelle condizioni peggiori di vita e di ambiente, ne sono rimasti quasi immuni. E sarebbe anche inesplicabile l'altro fatto che, immutata la dieta, e peggiorate le condizioni igieniche di ambiente (mentre prima i soldati erano attendati, ora sono chiusi in baracche) di clima, e di temperatura

esterna; la malattia invece di diffondersi è totalmente scomparsa.

Ed invocando il criterio terapeutico alimentare, non si spiegherebbe come i malati trattenuti nel reparto, potessero essere in relativo breve periodo di tempo tutti guariti; nonostante che nella loro dieta non si fossero introdotti quei principi alimentari (vegetali freschi, frutta, limoni) che tanta importanza sembrano avere nella cura dello scorbuto.

Concludendo. — L'epidemia da me osservata e studiata dal punto di vista essenzialmente clinico, è da considerarsi come una « porpora con manifestazioni emorragico-scorbutiche, la quale è legata verosimilmente ad una causa patogena infettiva ». Essa è scomparsa, quando si sono venute a formare condizioni sfavorevoli alla vita del supposto agente patogeno, sia in rapporto con le influenze esterne di clima e temperatura, sia con l'esaltazione dei poteri di difesa organica individuali. (1).

Z. G., 10 dicembre 1916.

N. B. — A causa della permanenza in zona di guerra, non mi è stato possibile compulsare trattati, nè raccogliere la bibliografia relativa.

OSPEDALE DA CAMPO N. 040.

Malattie emorragipare e lesioni renali in zona di operazione

per il dott. CESARE BARTOLOTTI
Capitano medico, capo reparto di medicina.

Da qualche tempo si osservano, fra le truppe operanti in questo settore, malattie emorragipare. Di rado si tratta di quadri complessi di scorbuto (o di porpora, o di peliosi reumatica); è frequente invece che gli infermi presentino solo qualcuna delle molte manifestazioni della diatesi. È interessante rilevare che — si tratti di emorragie delle parti molli profonde (sottocutaneo, muscoli) o di porpore cutanee, di emartri, di pleuriti emorragiche, ecc. — i segni di una partecipazione del rene al processo morboso si riscontrano frequentemente. Più importanti ancora, dal punto di vista pratico, sono i casi di nefrite emorragica pura, di rado associata a qualche altro lieve segno della diatesi (alterazioni gengivali, porpora), non sempre ben manifesto; sono per lo più forme gravi, il cui esito è talvolta il decesso per uremia.

Il 10 % degli infermi dei mesi di settembre-ottobre (412) era affetto da malattie emorragipare; la percentuale risulterebbe maggiore se si tenesse conto dei soli malati di ottobre. A tale cifra il maggior contributo è dato dalle infiltrazioni ematiche delle parti molli (28 casi) per lo più localizzate agli arti inferiori; seguono le nefriti emorragiche (8); il resto è rappresentato dalle pleuriti emorragiche (2), dalle porpore semplici (2) e da due casi di emartro senza altre manifestazioni. Le lesioni renali vi entrano in 1/3 della totalità dei casi. È da notare infine che nel mese in corso il numero di tali pazienti accenna ad aumentare sensibilmente; e che tale aumento riguarda sopra tutto le forme renali pure od associate a minime manifestazioni.

* * *

I caratteri proprî delle nefriti emorragiche da me osservate sono, salvo lievi varianti nei singoli casi, i seguenti:

1° Urine scarse (quantità inferiore a 1000 cc. nelle 24 ore), di colorito rosso bruno o nerastro, con sedimento nerastro contenente coaguli. P. S. elevato (per lo più superiore a 1025); albumina 0.5-2 °/₀₀; emoglobinuria assai frequente. La Hb si rinviene anche nelle urine esaminate subito dopo il caterismo. *Sedimento:* emazie in grandissima quantità; leucociti; cilindri jalini ed epiteliali; ammassi granulosi, brunastri di Hb, spesso sotto forma di cilindri; frequente il reperto di abbondanti cristalli di ossalato di calcio e di urati. Ematuria ed emoglobinuria, che decorrono parallele, hanno una intensità variabile; talvolta sono maggiori in coincidenza di brusche elevazioni di temperatura. Persistono oltre il periodo febbrile; scompaiono prima della albuminuria e della cilindruria.

2° In un grande numero di casi si riscontra emoglobinemia, che precede spesso l'emoglobinuria e non si produce a spese di una distruzione globulare. Deve ritenersi una conseguenza della labile combinazione fra Hb e stromà degli eritrociti, il quale infatti apparisce povero di tale sostanza, mentre le emazie non presentano alcuna alterazione morfologica nè numerica. In un caso fu anzi riscontrata iperglobulia. Il numero dei leucociti è normale od un po' elevato; spesso esiste una lieve linfocitosi. Il sangue è lentamente e scarsamente coagulabile.

3° La malattia ha decorso febbrile, e spesso con temperature assai elevate (fino a 40°), intermittenti o fortemente remittenti al mattino. La elevazione pomeridiana è preceduta da brividi di freddo; la diminuzione o scomparsa è accompagnata da sudori. Il periodo febbrile dura 7-14 giorni; si esaurisce gradualmente.

4° È frequentissimo rilevare un ingrandi-

(1) Lavoro pervenuto in Redazione il 4 gennaio 1917.

mento ed una dolenzia del fegato, ed un lieve tumore di milza assai dolente; anche in soggetti i cui precedenti morbosi non possono mettersi in rapporto con alterazioni di tali organi.

5° Quasi tutti gli infermi accusano dolori violenti agli arti inferiori (nevralgie, artralgie, mialgie), più di rado ai superiori. Non sono dimostrabili alterazioni a carico delle regioni dolenti. Si rilevano spesso anche nevralgie intercostali e del trigemino.

6° I segni dell'idrope sono scarsissimi o mancano del tutto. Edemi cospicui ho riscontrato solo due volte, su una ventina di casi; per lo più si rilevano edemi lievi pretibiali. Il carattere uremigeno di queste nefriti è spiccatissimo; l'uremia insorge e decorre il più spesso con grande rapidità, il che fa pensare che alla sua patogenesi concorra, oltre che il solito fattore di qualsiasi nefrite acuta, anche la ostruzione dei tubuli da parte delle granulazioni e dei cilindri di emoglobina, e talora da infarti emorragici (v. appresso). In un mio paziente il decesso avvenne, dopo qualche ora dalla comparsa dei primi sintomi, in decima giornata di malattia.

7° È raro che tali infermi presentino altre manifestazioni della diatesi emorragica. Non sono neppure sempre rilevabili le caratteristiche alterazioni gengivali dello scorbuto, che pure sono le più comuni. Lo stesso dicasi della porpora cutanea, sempre scarsa e limitata ai soli arti inferiori (superficî estensorie); è spesso comparsa molte settimane prima delle manifestazioni renali.

8° I malati di nefrite emorragica sono soldati di reggimenti diversi, ma tutti operanti in prima linea. Non ne ho osservato alcun caso fra le truppe presidiarie e territoriali, che vivono in migliori condizioni di clima, d'ambiente e di alimentazione. In qualche caso si tratta di organismi deperiti; però non sono risparmiati soggetti di costituzione robusta, in ottimo stato di nutrizione e con precedenti morbosi negativi. Altre volte, fra questi, si rintracciano la malaria od il tifo addominale, od il reumatismo articolare acuto, od una pleurite; in qualche caso erano manifesti i segni di una sclerosi apicale.

9° Le ricerche sierodiagnostiche (tifo, paratifi) e quelle culturali non hanno dato risultati positivi. In due casi furono isolati batteri, che non subivano però l'agglutinazione del siero di sangue dei rispettivi malati.

Oltre questi sintomi, riscontrati in tutti gli infermi, ne erano quasi sempre rilevabili altri, sui quali non è il caso di insistere, essendo comuni a qualsiasi forma di nefrite acuta: tali la cefalea, i dolori lombari, le obnubilazioni fugaci (assenza di lesioni retiniche), l'ipertensione arteriosa, la turbe dell'apparato digerente, ecc., ecc. È frequente il vomito biliare e la presenza di bile nelle feci.

* * *

In tre casi di *pleurite* la principale manifestazione della diatesi era rappresentata dal *carattere ematico dell'essudato.*

Uno degli infermi aveva, oltre le ordinarie alterazioni gengivali, un abbondante versamento emorragico a D; in gran parte si riassorbì, in parte fu estratto con la toracentesi. A S. erano rilevabili i segni di una pregressa pleurite secca.

Un altro paziente presentava molte manifestazioni della diatesi: epistassi, alterazioni gengivali, porpora cutanea abbondantissima agli arti inferiori, emorragie delle parti molli (sottocutaneo e muscoli della coscia, della gamba e del calvo popliteo a D); ed un versamento intensamente ematico, di mediocre entità, a D. Durante la degenza questo aumentò; e se ne formò un altro a S., ugualmente copioso, ma giallo-citrino, poco corpuscolato. L'uno e l'altro si riassorbirono quasi completamente in due settimane.

Ambedue gli infermi ebbero, nell'acme del periodo febbrile, lieve albuminuria.

Nel terzo infermo, tuttora degente, si ebbero dapprima lesioni da congelamento alle dita dei piedi (edemi, cianosi, flittene a contenuto siero-ematico). Dopo una settimana circa si formò un copioso versamento emorragico a S; anche questo si dovè estrarlo in parte con la toracentesi (cc. 500). Nei primi giorni di degenza l'infermo ebbe ematuria ed emoglobinuria; nel sedimento si rinvennero scarsi cilindri epiteliali.

Tali essudati qualche ora dopo l'estrazione si dividevano in uno strato superiore, il più abbondante, costituito da un liquido giallo citrino; ed in uno inferiore, rosso bruno, contenente scarsi coaguli. L'esame citologico e batteriologico non ha fornito alcun dato notevole: fu rilevata una costante linfocitosi. Le ricerche culturali sono ugualmente riuscite negative.

I fenomeni generali, i sintomi subbiettivi ed obbiettivi, il decorso, ecc., furono, nei tre casi, quelli delle comuni pleuriti essudative.

* * *

Il maggior numero di casi di malattie emorragipare riguarda infermi che presentano *infiltrazioni ematiche delle parti molli* degli arti inferiori, associate generalmente ad alterazioni

gengivali. Sono le forme più semplici di scorbuto; non è quindi il caso di entrare in particolari descrittivi. Ma se clinicamente non presentano nulla di particolare, hanno invece una grande importanza pratica: sia per la frequenza con cui si verificano, sia perchè spesso coesiste una lesione renale. Di rado si tratta di una semplice albuminuria; per lo più è in giuoco una vera nefrite emorragica in miniatura. Per altro non mi è occorso mai di rilevare in questi pazienti sintomi gravi di uremia.

Fra le forme più lievi di malattie emorragiche cito due casi di *emartro* senza altre manifestazioni. Il versamento ematico, nei due infermi, era localizzato all'articolazione del ginocchio S; e si riassorbì in pochi giorni.

Una forma invece gravissima era presentata da un paziente in cui il quadro clinico, per la sua complessità, per la rapidità del decorso, per l'esito, ricordava quello della *purpura fulminans di Henoch.* Ne riassumo brevemente la storia ed il reperto d'autopsia:

C... G..., soldato... fanteria. — Precedenti morbosi negativi. Nei quattro giorni che precederono l'internamento ebbe cefalea, epistassi, emorragie gengivali; febbre elevata e continua, preceduta ed accompagnata da intensi brividi di freddo; dolore alla base posteriore dell'emitorace S (impossibilità di decombere a S); anoressia. Emise sempre urine rossastre, sedimentose, scarse.

Obbiettivamente: ulcerazioni e necrosi gengivali; orli gengivali rivestiti da croste nerastre; continuo gemizio di sangue. Lingua ricoperta da spessa patina nerastra; ecchimosi della mucosa del palato duro. Sfregamento pleurico alla base di S. Fegato e milza tumefatti e dolenti. Nevralgie sopra e sottoorbitarie del trigemino, degli intercostali. Urine rosso-brune: albumina 2 ‰; emoglobinuria intensa; abbondanza di urati; nel sedimento molte emazie, qualche leucocito, molti cilindri epiteliali. Emoglobinemia.

Nei due giorni di degenza si notano: edema cospicuo delle palpebre e della guancia S, del labbro superiore; emorragie gengivali, ecchimosi puntiformi della mucosa del palato duro e delle tonsille. Si accentuano i fatti renali e compaiono: rinforzo del 2° aortico, aritmia, ipertensione arteriosa, edemi lievi agli arti inferiori. Sul dorso delle mani si formano piccole flittene a contenuto siero-ematico. Il paziente ha temperature elevate (intorno a 40°), cade in uno stato soporoso e muore, dopo una copiosa ematemesi, in 6ª giornata di malattia.

Reperto d'autopsia: Periostite del mascellare superiore S. Ecchimosi sulle pleure, sulla superficie interna del pericardio e su quella inferiore del diaframma. Macchie di porpora sulla superficie del miocardio, che è pallido e flaccido; ecchimosi endocardiche. Degenerazione grassa del fegato. Milza voluminosissima, molle, friabile, a superficie di sezione uniformemente nerastra. Stomaco ripieno di sangue nero, fluido; la mucosa della parete posteriore è totalmente ecchimotica, e non presenta soluzioni di continuo. Reni assai voluminosi, a superficie bruna, cosparsa di piccole e numerose ecchimosi che si approfondiscono nella sostanza corticale; questa è molto spessa e presenta numerose strie nerastre che l'attraversano a tutta altezza; cospicui e numerosi infarti emorragici nelle piramidi; coaguli nella pelvi e nella parte più alta degli ureteri. Piccole e rare macchie di porpora sulla mucosa vescicale.

In un altro infermo, come ultimo di una serie di sintomi insorti bruscamente, comparvero *emorragie della cute e delle mucose.* Ne riferisco i particolari:

G... A..., soldato... comp. pres. — Precedenti morbosi: pleurite secca bilaterale; infezione malarica più volte recidivata; ittero catarrale; recentemente frequenti epistassi. È uno strenuo bevitore.

In seguito a disordini dietetici è colto da violenti dolori agli arti, alle regioni lombari; da cefalea; da febbre elevata, preceduta da intenso brivido di freddo; da vomito biliare e da conati di vomito. *Obbiettivamente:* cianosi delle labbra, dei padiglioni dell'orecchio, delle mani e dei piedi; reticolo venoso superficiale e lievi edemi agli arti inferiori. Limite D. del cuore sulla mediosternale; toni mitralici oscuri, molto forti i polmonari ed i tricuspidali. Polso filiforme. Nevralgie intercostali. Fegato assai voluminoso, dolente. Temp. 39°,8. Feci verdastre, con residui alimentari indigeriti. Urine: almumina 1 ‰, pigmenti biliari in grande quantità, rari cilindri e scarse emazie nel sedimento. Sangue: leucocitosi; assenza di parassiti malarici.

Il giorno seguente notevole miglioramento nelle condizioni generali. La febbre è caduta con profusi sudori. Sulla cute delle regioni che furono sede dei violenti dolori — tendine di Achille, articolazioni tibio-astragaliche, superfici flessorie degli arti inferiori, glutei, avambraccia, articolazioni del gomito — sono comparse delle grosse macchie purpuree confluenti rapidamente in ampie chiazze di forma irregolare, che raggiungono perfino le dimensioni di 14 × 20 ctm., ed assumono in poco tempo una tinta bluastra. Altre macchie, più piccole, appaiono sulla cute dell'angolo interno dell'occhio S, sulla mucosa esterna ed interna delle labbra e su quella del palato duro. Se ne formano rapidamente anche intorno ai fori praticati dall'ago della siringa.

Nei quattro giorni di degenza il miglioramento progredì, e non si ebbero altre manifestazioni. Non ho potuto seguire il decorso dell'affezione, perchè si dovè sgombrare l'infermo su altro ospedale.

* * *

Che tutte queste forme morbose siano alla dipendenza di un agente infettivo è sufficientemente provato dalla loro grande diffusione, dal complesso dei sintomi e specialmente dallo stato febbrile, dal tumore di milza, dal decorso a volte acutissimo, ecc. Per identificare il germe patogeno — che potrebbe essere unico

o diverso per i singoli casi — occorrerebbero indagini di laboratorio per le quali ci mancano il tempo ed i mezzi. Certo, in tutti i casi in cui fu eseguita, la siero-diagnosi per il tifo ed i paratifi riuscì negativa; ed ugualmente negative furono le numerose ricerche culturali. Per questo ho omesso di accennare, nella esposizione dei casi clinici, al fatto che nel sedimento urinario di due infermi sono state da me sicuramente riconosciute rare forme cocciche isolate. Non so quale valore possa avere tale reperto; e se sia da mettere in relazione con il fatto che tra le stesse truppe che hanno dato un largo contributo alle malattie emorragiche si sono verificati alcuni casi di eresipela, in due dei quali si è osservata, come complicanza, una grave nefrite emorragica. È molto probabile che l'ultimo dei casi riferiti fosse un quadro di *spirochetosi ittero-emorragica*, a decorso rapidissimo, con sintomi di eccezionale gravità.

La identificazione dell'agente infettivo avrebbe ad ogni modo un valore pratico inferiore a quello che si può ottenere dalla ricerca delle cause etiologiche che gli preparano il terreno. Sono le cattive condizioni igienico-dietetiche quelle che compiono — nei soldati che vivono a lungo in trincea — il lento lavorio di alterata nutrizione dell'organismo, menomandone la resistenza. Più che gli strapazzi fisici, una certa parte devono avervi i raffreddamenti, ai quali sono abitualmente esposte le truppe di 1ª linea: il 9 % dei ricoverati in questo reparto negli ultimi mesi era affetto da malattie reumatiche. È del resto cosa frequente che i malati di forme emorragiche accusino artralgie, nevralgie, ecc.

Ma il momento etiologico più importante è sicuramente rappresentato dall'inconsueto regime alimentare, in ispecie dalla eccessiva alimentazione carnea, alla quale i nostri soldati non erano certo assuefatti nelle loro ordinarie condizioni di vita. Deve esistere un rapporto fra questa abnorme ingestione di sostanze proteiche ed il grande numero di malattie dell'apparato digerente: il 50 % di tutte le affezioni osservate nei due ultimi mesi, non inclusi gli itteri catarrali che pure sono molti. Si noti che in un minimo numero di casi si tratta di malattie gravi (tifo, paratifi); per lo più sono imbarazzi gastrici, di breve durata, febbrili o no, che si ripetono con grande frequenza. Tali infermi sono diventati abitualmente stiptici, dimostrano molte volte una grande avversione per il vitto carneo e domandano o si procurano una alimentazione più variata, specialmente verdure e farinacei; hanno il fegato ingrandito e dolente; nelle urine non è raro rintracciare pigmenti biliari, anche nei casi in cui l'affezione è lievissima, ed albumina. È anche frequente il vomito biliare.

Le tossine d'origine alimentare — analogamente a quelle batteriche ed a molti altri veleni chimici — alterano la nutrizione dei diversi organi e tessuti; e quindi anche le pareti vasali, che ne subiscono danni maggiori o minori a seconda della entità e durata della intossicazione, dei poteri di eliminazione, ecc. Si stabilisce così un orientamento verso la diatesi emorragica, che una causa occasionale qualsiasi può rendere manifesta; e perciò anche un agente infettivo, il quale ha talvolta — in organismi a sistema vasale così predisposto — la proprietà di rendere più diffuse e più gravi le manifestazioni emorragiche per azione sua propria, sia provocando trombosi batteriche dei capillari, sia completando l'opera di necrosi delle pareti vasali per mezzo delle sue tossine. Questo deve essere accaduto specialmente nel secondo dei due infermi dei quali ho riassunto la storia. Ma anche in tali casi, a decorso acutissimo, è più ragionevole ammettere che la tendenza emorragica sia preparata di lunga mano; e che la infezione, o qualsiasi altra causa che l'ha rivelata, sarebbe stata insufficiente a provocare la sindrome emorragica prima che si fossero stabilite delle cospicue alterazioni vasali. Altrimenti dovremmo ammettere l'azione di un agente patogeno dotato di un eccezionale potere necrobiotico sulle pareti dei vasi; ed avremmo occasione di osservare più spesso forme di questo genere, che sono invece, fortunatamente, eccezionali. Che poi la latenza emorragica possa per un lungo periodo di tempo rimanere tale se non interviene la causa che la rende manifesta, mi sembra sufficentemente provato dal fatto, ripetutamente osservato, che segni minimi della diatesi (lievi alterazioni gengivali, rare macchie di porpora) hanno in qualche caso preceduto di settimane, perfino di mesi, altre manifestazioni di una certa entità.

Alla azione di tossine (alimentari, batteriche) è verosimilmente legata anche l'emoglobinemia.

Le manifestazioni, dunque, sono, quanto a sede, subordinate alla localizzazione ed alla diffusione delle alterazioni vasali. Tale condizione necessaria dà ragione della possibilità di osservare quadri semplici ed assai complessi di malattie emorragiche, con tutte le gradazioni intermedie; e può spiegare il fatto strano — altrimenti incomprensibile — rilevato in uno dei miei pazienti, nel quale uno dei versamenti pleurici era nettamente emorragico, l'altro giallo-citrino.

Ma sono anche da tener presenti alcune cause occasionali, capaci di favorire la comparsa delle emorragie. Una di queste è la stasi venosa; quale si verifica in una pleura che sia sede di un processo flogistico e sopratutto di un essudato; in una sinoviale che presenti le stesse condizioni, ecc.; quale si produce anche in casi di insufficienza cardiaca, il che spiega — nel caso clinico che ho riferito — la comparsa di grandi macchie di porpora nelle sedi dove maggiore era la stasi. A questo proposito noto che negli infermi che presentano infiltrazioni ematiche delle parti molli, queste sono sempre localizzate agli arti inferiori e nel maggior numero dei casi alle gambe; in quelle sedi cioè in cui la circolazione venosa è fatta più lenta di quanto comportino già le stesse condizioni fisiologiche, per la costrizione esercitata dalle mollettiere, che in molti casi non sono rimosse per settimane. E più di un malato attribuisce a queste la comparsa della porpora sulla cute delle gambe.

Quanto alle manifestazioni renali della diatesi, i fattori patogenetici suddetti valgono a spiegare solo quei casi in cui l'ematuria e l'albuminuria sono lievi e di breve durata. Ma quando i segni della flogosi renale sono assai spiccati e si hanno fatti di uremia, particolarmente nelle nefriti emorragiche pure, bisogna ammettere una debolezza renale di fronte allo agente patogeno che determina la esplosione della sindrome emorragica.

Tale vulnerabilità renale può essere congenità, e restare latente fin che una qualsiasi causa occasionale non ne riveli la esistenza. In questo senso sono oggi interpretate molte albuminurie funzionali: ciclica, ortostatica, digestiva, della adolescenza, della colemia, da surménage fisico, ecc. Nulla vieta di accettare questo concetto della vulnerabilità latente congenita per spiegare la grande frequenza con cui quelli, fra i nostri soldati, che più sono esposti a strapazzi fisici, a raffreddamenti, ad intossicazioni alimentari, presentano segni di flogosi renale più o meno grave. Tanto più che questa complicanza ho riscontrato non solo nelle malattie emorragiche; ma anche, ed in una percentuale assai elevata, nelle altre affezioni (nel 10 % del totale degli infermi), in alcune delle quali la lesione renale d'ordinario non esiste. Vero è che in questi casi raramente si trattava di complicazione di una certa entità.

La vulnerabilità acquisita del rene è naturalmente di più facile identificazione: la denunziano i precedenti morbosi dell'infermo. Tuttavia mi è occorso di osservare un caso in cui cospicue ed antiche lesioni renali erano passate inavvertite, ed il decesso per uremia avvenne in brevissimo spazio di tempo:

P... P..., cap... bers., a U. — Fu portato in ospedale alle ore 21,30 dell'8 ottobre. Quando, poche ore prima, alcuni soldati lo avevano trovato per via, era già in istato di incoscienza ed in preda a movimenti convulsivi. Fu creduto un epilettico: presentava invece il quadro classico del coma uremico. Col cateterismo si estrassero cc. 400 circa di urina limpidissima: P. S. 1012, tracce di albumina, assenza di sedimento. Malgrado un pronto ed abbondante salasso la morte avvenne dopo sei ore dall'ingresso.

Reperto d'autopsia: Edema polmonare. Cor bovinum. Incipiente ateroma del tratto iniziale dell'aorta; piccoli noduli duri sui bordi liberi delle semilunari aortiche. Nefrite parenchimatosa cronica D; cirrosi renale S; sclerosi dell'arteria renale S. La vescica contiene circa 700 cc. di urina, con i caratteri su riferiti.

*
* *

Due conclusioni, particolarmente importanti dal punto di vista pratico, mi sembra possano trarsi da quanto ho riferito.

La prima riguarda l'attuale regime alimentare dei soldati, responsabile di un grande numero di malattie che si verificano nelle truppe. Non è il caso di entrare in dettagli sull'argomento, non perchè non sia di importanza essenziale, ma perchè il giudizio più autorevole lo ha già dato il fisiologo. Certamente tutti conoscono la recente rivista sintetica del prof. Baglioni sui «Precetti e preconcetti medici in fatto di alimentazione pratica»; nella quale sono riassunti i risultati di osservazioni proprie, e d'altri AA., sull'argomento. Ne derivano nozioni di alto valore scientifico, che aprono vasti orizzonti alla fisiologia ed alla patologia dell'alimentazione, che potranno essere una guida preziosa per disciplinare il regime dietetico dei soldati. Da quanto è detto nella rivista a proposito dell'argomento da me trattato, risulta la conferma dei seguenti fatti:

1° la quantità di sostanze proteiche che attualmente si somministra alle truppe è eccessiva; supera i bisogni di qualsiasi organismo in piena attività, ecc.; la ossidazione incompleta dell'eccesso dà luogo alla formazione di prodotti intermedî, alcuni dei quali sono manifestamente tossici;

2° negli alimenti, oltre le sostanze proteiche, i carboidrati, i grassi, i sali (elementi indispensabili della nutrizione) sono contenute altre sostanze, non meno necessarie, di natura non bene definita (vitamine, lipoidi, sostanza A e B, ecc.); la cui deficienza è direttamente o indirettamente responsabile — oltre che dei disturbi dell'accrescimento, della nutrizione nor-

male dei tessuti osseo, nervoso, cutaneo; della diminuzione di peso corporeo e della perdita del benessere, ecc. — anche di alcune malattie, fra cui il beri-beri e lo scorbuto (forse anche la pellagra, il rachitismo). La sostanza antiscorbutica — come quella antiberiberica — « si trova sopra tutto, ma non esclusivamente, nella cuticola dei cereali o dei legumi, e particolarmente diffusa negli alimenti freschi (legumi, frutta, carne) ». La sua deficienza è un fattore patogenetico di primo ordine nello scorbuto: perchè se anche non provoca di per sè la malattia, genera una diminuita resistenza dell'organismo, capace di favorire lo sviluppo dell'affezione.

L'altra conclusione riguarda la grande frequenza delle lesioni renali; della quale il medico deve esser prevenuto, affinchè non gli accada di non assegnare un giusto valore a sintomi apparentemente di poca importanza, quali la cefalea, i disturbi dell'apparato digerente, l'insonnia, ecc.; sintomi che possono esser riferiti ad affezioni di lieve entità, ad es. ad un imbarazzo gastrico; od addirittura ritenuti insussistenti. (1).

Zona d'operazione, 10 novembre 1916.

(1) Lavoro pervenuto in Redazione il 24 novembre 1916.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Trattamento di un caso di noma con esito di guarigione.

Dott. LUDOVICO MONCALVI

L'insorgenza del noma orale, nel corso di una malattia infettiva è considerata in pratica peggio che una gravissima complicazione, un prodromo di sicura e rapida morte, di fronte al quale si ritiene vano se non talvolta deprecabile ogni tentativo di cura. Le condizioni generali degli infermi, per lo più piccoli bambini, appaiono infatti così compromesse e la distruzione necrotica dei tessuti della bocca e della faccia così vasta e profonda che i parenti stessi ed il medico, quasi paventano con raccapriccio la possibilità di una incompleta o deformante riparazione cicatriziale, nel caso già poco probabile di sopravvivenza.

Il Dr. Kissel di Mosca (1), che illustrando il favorevole trattamento di un noma in una bambina di 7 anni, riferisce una serie di 58 altri casi con solo 32 morti (55 %), deve riconoscere che fino ad un certo tempo molti colleghi moscoviti ed egli stesso, respingevano dagli ospedali come incurabili gli ammalati di noma.

Quando poi si pensi che il noma insorge sopratutto fra la misera e numerosa popolazione dei centri rurali o dei suburbi dove, specie nelle stagioni e nei climi umidi e freddi, per le cattive condizioni igieniche o per l'eccessivo affollamento degli abitati e delle stalle, le malattie epidemiche, e in particolar modo il morbillo, fanno quelle periodiche stragi d'innocenti che bisogna ancor rassegnarsi a chiamare provvidenziali...; quando si pensi che quivi la vita del bambino, come del vecchio e dell'invalido, per un fatalistico adattamento degli animi alla forza e all'ingiustizia delle cose, ha troppo spesso un valore esclusivamente negativo..., e che in simili circostanze le possibilità di cura e di profilassi sono minime od illusorie..., non desterà meraviglia se questa esasperante forma di gangrena abbia anche presso i medici più ottimisti e volonterosi, acquistata la fama d'infallibile liberatrice, e se appena negli ultimi tempi, grazie anche alle migliorate condizioni ed alla minore passività dell'assistenza sanitaria, qualche caso di più abbia potuto essere sottratto al consueto destino.

Comunque, la guarigione del noma rappresenta, e per sè, ed in rapporto alla rarità stessa della malattia, un'evenienza eccezionale e meritevole pur sempre d'essere riferita.

Il mio caso riguarda un bambino di 3 anni e mezzo (M... G... da Colnago) abbastanza robusto e ben sviluppato, il quale sul principio dello scorso gennaio 1916, durante una violenta epidemia morbillosa, contrasse coll'esantema quella ostinatissima forma di stomatite ulcero-gangrenosa così facile ad osservarsi nelle campagne come complicazione o postumo del morbillo e che costituisce quasi costantemente il terreno preparatorio di ogni noma.

Il processo necrotico aveva intaccato la mucosa gengivale fino a scalzare alcuni incisivi ed a smuovere i molari del lato sinistro. Da questa parte la superficie interna della guancia portava già un'estesa ulcerazione coperta da un'escara grigio-bruna, d'aspetto poco rassicurante.

Tali le condizioni locali al 10 gennaio, allorchè vidi il bambino ed iniziai, ambulatoriamente, delle applicazioni di acqua ossigenata a cui facevo seguire, sempre mediante un batuffolo montato, quelle di una miscela balsamico-antisettica a base di alcool, eucaliptolo (aa. gr. 15), timolo e canfora (aa. gr. 2), addizionabile con tintura di iodio.

Ciò non valse pertanto ad impedire che dopo qualche giorno comparisse sul lato esterno della guancia sinistra la temuta bolla nerastra che col turgore e colla lucentezza cerea-ciano-

(1) Vedi *Semaine Médicale*, n. 4, 1911.

tica della cute circostante, preannunzia la manifestazione completa del noma.

Prima che la pelle si usurasse per dar luogo alla caratteristica escara bruna, cominciai, colla punta lanceolata del termocauterio a praticare delle profonde causticazioni nella parte centrale, molliccia della zona gangrenante, mettendo poco a poco allo scoperto l'adipe del cosidetto bolo di Bichat trasformato in una massa grigiastra, gelatinosa, fetida, e zaffando da ultimo la breccia così aperta nello spessore della guancia con garza imbevuta della surricordata soluzione antisettica.

Nei giorni successivi proseguii il trattamento col termocauterio distruggendo ed isolando quanto più potevo, per ogni seduta, del tessuto necrotizzato, e completando l'operazione con pinza e forbici; fino a che la breccia cutanea fu trasformata in una vera finestra comunicante liberamente col cavo orale. Divenne così possibile un diretto drenaggio del liquame sanioso prodotto dai tessuti in isfacelo della guancia e della bocca.

Fig. 1.

Per un paio di settimane il decorso fu piuttosto sconfortante perchè sembrava che il processo necrotico trovasse sempre nuovo tessuto da invadere. Ad un certo punto la mucosa gengivale superiore di sinistra, completamente distrutta, lasciò a nudo il processo alveolare che, già privo della dentatura, finì per eliminarsi a pezzi. Nel frattempo lo stato generale del piccolo paziente andava peggiorando malgrado l'appetito si mantenesse discreto e l'alimentazione, a base di brodi e di latte, continuasse in modo soddisfacente.

Dopo circa tre settimane l'eliminazione dei tessuti gangrenati aveva raggiunto il suo massimo grado e la grave perdita di sostanza che ne derivava prendeva la forma di una apertura irregolarmente ovalare, svasata verso l'esterno ed ampiamente comunicante col cavo orale. La cute era distrutta, in avanti fino a mezzo centimetro dalla commisura labiale e dalla pinna nasale di sinistra e all'indietro fino oltre il bordo anteriore del m. massetere. In alto la piaga si estendeva con due propaggini, verso l'angolo palpebrale interno e verso lo zigomo.

Il fondo dell'escavazione, rappresentato dall'ex-vestibolo, comunicava colla cavità boccale propriamente detta per mezzo di una fessura interposta fra i due cercini granulanti residuati alla distruzione della gengiva e dei processi alveolari.

Ma già qua e là apparivano i segni di una favorevole reazione dei tessuti rimasti, mentre l'abbondante secrezione della piaga, diluita dalla saliva, da icorosa si faceva purulenta e quindi sierosa.

Il trattamento si ridusse allora a delle semplici medicature quotidiane con acqua ossigenata, soluzione antisettica, e, ad intervalli, con tintura di iodio diluita, facendo seguire sempre lo zaffamento della cavità ed il bendaggio.

La prima fotografia, qui riprodotta, si riferisce già ad un momento in cui l'epitelizzazione dei margini, specie in alto ed all'indietro, era avanzata d'un buon tratto, come si può riconoscere dall'ombreggiatura.

Le condizioni generali del bambino erano inoltre migliorate e permettevano ormai di porre un buon pronostico *quoad vitam*. Rimaneva tuttavia incertezza quanto all'esito anatomico della lesione riuscendo difficile immaginare come sarebbe avvenuta la riparazione spontanea di tal perdita di sostanza senza gravi conseguenze per la cosmesi e per la funzionalità delle parti.

Un'operazione plastica presentava poca probabilità di riuscita sia pel terreno settico, sia per la irregolarità ed anzi per la mancanza del fondo nutritizio, sia per il facile insinuarsi della saliva e degli alimenti sotto al lembo. Ancor più questi ostacoli si opponevano ad un trapianto di cute che a guisa di opercolo fosse stato disteso sopra l'escavazione; mentre l'innesto di piccoli lembi epidermici sui margini della piaga, in caso di successo, poteva forse favorire, con una precoce epitelizzazione dei margini stessi, la formazione di un tramite fistoloso.

Per queste ed altre considerazioni fu lasciato a madre natura il compito della riparazione cicatriziale, e con tanta maggior fiducia in quanto di giorno in giorno le forze del bambino si riprendevano ed i tessuti dimostravano una sempre più rigogliosa vitalità.

Dopo circa due mesi la caverna era sostituita da una cicatrice lineare, infossata ed aderente, in senso longitudinale, al bordo del mascellare superiore. La retrazione della cute circostante non ebbe le spiacevoli conseguenze che potevano temersi: cioè l'ectropion della palpebra inferiore od un eccessivo stiramento dell'angolo labiale. Grazie poi alla naturale elasticità e plasticità dei tessuti infantili, questi già favorevoli risultati andarono nei mesi successivi sempre migliorando sia pel diminuire dell'infossatura cicatriziale, sia per l'aumento di mobilità della mandibola che permette ormai un'apertura della bocca per oltre 2 cm. di altezza.

Ostinatissimo riuscì il decorso della stomatite gengivale che durava ancora quando già la piaga esterna era chiusa. Così alla completa distruzione dei molari superiori di sinistra si aggiunse l'eliminazione dei 4 incisivi inferiori: il che tuttavia non impedisce che oggi il bambino si nutra senza difficoltà e cresca vegeto e vispo.

La seconda fotografia (*), presa nello scorso settembre, dopo circa sei mesi dall'ultima medicazione, può dare un'idea dell'esito esteriore di questo caso di noma, pur notando che la cicatrice, per l'ombra del margine superiore, appare lì anche più marcata che non sia in realtà. La superficie interna della guancia, come si riconosce esplorando col dito, benchè ridotta di altezza per l'aderenza sua al bordo del mascellare, appare morbida ed elastica e ricoperta da mucosa perfettamente liscia.

Tenuto conto inoltre dell'ancor tenera età dell'individuo, non è da escludere che l'ulteriore accrescimento e adattamento delle parti dure e molli conduca ad una definitiva sistemazione della cicatrice superficiale e profonda meglio soddisfacente anche in rapporto alla cosmesi.

Fig. 2.

Se, una volta ottenuta la guarigione clinica del noma, l'età del paziente rappresenta, quanto più bassa, una condizione più favorevole alla bontà dell'esito locale, non così può dirsi riguardo alle probabilità della guarigione stessa. Questo almeno risulterebbe dai pochi dati che ho sott'occhio. Il primo caso di noma occorsomi nella mia esperienza (durante un'altra epidemia morbillosa scoppiata nella medesima frazione di Colnago nell'autunno-inverno 1911-912) si riferiva ad un bambino di *un anno* circa che morì subito dopo la comparsa della gangrena cutanea, senza neanche dar tempo ad alcun tentativo di cura.

Un secondo caso, contemporaneo a quello qui sopra illustrato, concerneva un bambino di *due anni*, che dopo circa un mese dall'inizio dell'affezione dovette soccombere per setticemia. In quest'ultimo il trattamento col termocauterio seguìto nel modo anzidetto, a causa anche delle deplorevoli condizioni locali e generali preesistenti, non ebbe forse altro effetto che di prolungare oltre l'ordinario, l'esistenza del piccolo ammalato che per l'estesissima necrosi dei tessuti della metà sinistra della faccia, per l'ostacolata alimentazione e per la tossicemia era ridotto, già dopo pochi giorni, in uno stato miserevole.

D'altra parte il caso di guarigione riportato dal Dr Kissel come degno di nota, riguardava una ragazzina di 7 anni e quello del suo collega russo dott. Karline, un giovanetto di 14 anni.

Nè può stupire la più facile mortalità dei bambini più giovani ove si consideri la scarsa resistenza che questi solitamente oppongono a tutte le forme settico-gangrenose in genere; scarsa resistenza che qui si aggrava per la sede stessa del focolaio morboso inceppante in maggiore o minor grado la normale alimentazione del paziente, mentre il liquame sanioso prodotto dal focolaio necrotico, venendo in parte deglutito, intossica l'organismo anche attraverso il tubo gastroenterico.

* * *

Poichè il noma, abbandonato a sè stesso, ha, quasi senza eccezioni, un esito inesorabilmente letale, la terapia assume rispetto ad esso una importanza maggiore che non in altre malattie interne ed esterne, nelle quali la più o meno frequente possibilità della guarigione spontanea ci rende tante volte un po' scettici sulla reale efficacia della nostra arte curativa.

Senza escludere l'utilità e l'opportunità di presidi terapeutici atti a sostenere per via interna la resistenza organica del malato ed a favorire così indirettamente la reazione dei tessuti sani contro il diffondersi del processo gangrenoso, il trattamento locale s'impone sempre nel noma come ovvio e necessario, sia che predomini nel medico il concetto chirurgico oppure il concetto clinico della malattia.

Scopo di questo trattamento locale non è solo infatti di circoscrivere, quanto possibile, il focolaio necrotico e di riparare nel miglior modo i danni della inevitabile perdita di sostanza, ma anche di sopprimere, colla distruzione ed eliminazione dei tessuti guasti, la fonte della pericolosa intossicazione settico-saproemica.

A raggiungere un tale scopo non basta naturalmente il semplice uso di rimedi topici, siano essi caustici (nitrato d'argento, tintura di iodio, acido cromico, ecc.) o disinfettanti (acqua ossigenata, permanganato, ecc.), ma occorrono mezzi fisici (termo, galvano-cauterio) o meccanici (cucchiaio, forbici, ecc.).

Il procedimento da me seguìto non si è ispirato ad alcun metodo particolare ma sopratutto

(*) Devo ambedue le fotografie alla cortesia del Rev. Don Antonio Pellenghi, parroco di Colnago.

alle esigenze del caso e del momento le quali comportano, come sempre avviene nella pratica, l'impiego di diversi mezzi integrantisi nelle loro diverse indicazioni e coordinantisi al medesimo fine.

Del termocauterio (Paquelin) mi sono valso in primo tempo per isolare con infissioni più o meno profonde i tratti di tessuto necrotico dalla zona non ancora invasa, creando ai confini di questa una barriera sia pure incompleta e temporanea di escare asettiche atta ad ostacolare l'assorbimento dei prodotti del focolaio; laddove l'uso diretto del cucchiaio o del bisturì avrebbe invece aperto nuove vie sanguigne e linfatiche.

Con pinza e forbici asportavo quindi, come dissi, le parti sicuramente guaste specie dal centro del focolaio terminando l'operazione col detergere, mediante batuffoli imbevuti di un'antisettico, la cavità residua, e coll'applicarvi uno zaffo di garza medicata o intrisa anch'essa di una soluzione disinfettante.

Cauterizzare, escidere, disinfettare e drenare, ecco riassunte in quattro parole le condizioni di una buona terapia locale del noma, data l'impossibilità di sopprimere d'un colpo, come avverrebbe nella gangrena di un arto, coll'amputazione, il focolaio morboso.

Non è certo da escludersi che in taluni casi di noma molto circoscritto ed in cui sia già formata una linea di demarcazione molto netta tra parti sane ed ammalate, possa ottenersi in una o pochissime sedute la completa pulizia del focolaio o magari un'escissione in massa; ma in generale abbisognano parecchie lunghe e pazienti sedute prima di giungere all'arresto del processo necrotico.

Infatti anche quando la zona di cute raggiunta dalla gangrena appare limitata, p. es., alla grandezza di un soldo; il cellulare sottocutaneo e la mucosa sono coinvolti molto più estesamente nel processo necrotico. Ora non essendo facile prevedere fin dove i tessuti della regione sono destinati alla distruzione, converrà procedere per gradi eliminando solo le parti sicuramente compromesse e risparmiando sopratutto quanto più è possibile del tegumento cutaneo, se non si vuole, per eccesso di zelo demolitore, provocar danni irreparabili e incompatibili colla sopravvivenza stessa del paziente.

In mancanza di meglio, e per evitare il peggio, occorre insomma inseguire alle calcagna il processo settico-gangrenoso, giorno per giorno, nel suo cammino entro la massa di tessuto infiltrato ed edematoso che circonda il focolaio; ed a questo credo serva egregiamente la punta piatta o lanceolata del termocauterio infissa più o meno profondamente nei punti votati allo sfacelo.

Stando almeno agli insegnamenti del mio caso, la perforazione precoce della guancia, conseguenza di un attivo trattamento, non è un fatto che pregiudichi la completa riparazione cicatriziale della parte ma anzi favorisce il drenaggio verso l'esterno del secreto icoroso producentesi sulla superficie vestibolare del focolaio con indubbio vantaggio delle condizioni del cavo orale, delle funzioni gastro-enteriche e dello stato generale.

D'altronde la perforazione è da considerarsi virtualmente avvenuta colla comparsa della necrosi cutanea, essendo allora i tessuti della guancia in tutto il loro spessore destinati al disfacimento e, in caso favorevole, alla graduale sostituzione da parte degli elementi cicatriziali.

Il noma della bocca è quasi sempre preceduto da una stomatite osteo-gangrenosa il cui pronto ed energico trattamento (sia pure a mezzo del termocauterio) rappresenta quindi una buona misura di profilassi e, in certo senso, una forma di precoce intervento contro il noma stesso. Ma anche se si abbia la disgrazia di assistere, malgrado ogni sforzo preventivo, alle prime manifestazioni del noma o ci si trovi senz'altro di fronte ad esse, conviene sempre intervenire al più presto per via esterna sul focolaio, senza attendere che si sia formata una netta linea di demarcazione tra il tessuto necrotico e quello edematoso; poichè durante questa più o meno inerte attesa il processo settico gangrenoso guadagna nuovo terreno e abbatte rapidamente le forze e la resistenza dell'ammalato rendendo così molto precario l'esito dell'ulteriore trattamento.

Appunto per l'ampiezza delle vie linfatiche e sanguigne regionali per i delicati rapporti che la sede stessa del focolaio presenta e per l'impossibilità quasi costante di asportare *in toto* ed in una sol volta la parte malata, il guadagnar tempo ha nel noma, ancor meglio che nelle gangrene, p. es., delle estremità, un'importanza essenziale al successo di ogni terapia.

* * *

Nel caso da me descritto tutta la cura consistette nel trattamento locale fatto ambulatoriamente, senza l'uso di rimedi per via interna all'infuori di un po' di iodio (scir. iodo tannico) somministrato nel periodo di cicatrizzazione. Mancarono inoltre quelle favorevoli condizioni d'ambiente, di assistenza e di alimentazione che solo possono ottenersi in un'ospedale. Se ciò

viene a dare anche maggior rilievo al valore intrinseco della terapia locale non è men vero che col concorso di tutti gli altri coefficienti la cura del noma potrebbe annoverare meno rari successi. In tal senso restano giustificati i tentativi fatti o da farsi per combattere per via interna questa gravissima forma di gangrena, sia mediante preparati chimici (arsenobenzolo), sia con sieri più o meno specifici.

Ma prima che qualunque nostro mezzo terapeutico abbia potuto render benigna la prognosi del noma, è probabile ed augurabile che questa raccapricciante malattia sia stata estirpata dalle sue radici e passata agli archivi della patologia esterna.

Cornate d'Adda (Milano).

27 novembre 1916.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DA CAMPO 0147 - III ARMATA.

Nuovo processo per l' allacciatura dell'arteria poplitea.

NOTA PREVENTIVA

per il dott. SERTORIO MARINACCI,
Capo reparto di chirurgia.

Ho notato, osservando a caso, gli arti inferiori di feriti molto deperiti, la presenza nella regione interna inferiore della coscia e superiore del ginocchio, quella di una formazione triangolare a base inferiore ad apice superiore, costituita da rilievi muscolari e tendinei: il lato anteriore ed esterno del triangolo è formato dalla corda del terzo adduttore inserito, come si sa, al tubercolo dello stesso nome, situato alla base del condilo interno, il lato interno e posteriore è formato dal retto interno e semitendinoso, muscoli della zampa d'oca. Il sartorio portandosi dalla spina iliaca anteriore superiore alla regione interna della gamba, costituendo con gli altri due tendini, quella formazione detta la zampa d'oca, penetra nel triangolo, da me descritto, dal lato esterno, ne occupa quasi tutto lo spazio, scorrendo accollato al tendine del terzo adduttore, dal suo lato interno, dopo averlo incrociato.

La forma del triangolo, da me indicato, e che io propongo di chiamare della zampa d'oca, dato che alla sua costituzione entrano i muscoli di tale formazione anatomica, varia, come agevolmente si comprende, con la posizione di estensione e di flessione del ginocchio.

Se consideriamo il decorso del muscolo sartorio e del grande adduttore; risulta che essi si incrociano formando quattro angoli: dei quali c'interessano il super e l'inferiore: nel superiore si pratica l'allacciatura della femorale nel canale di Hunter incidendo all'esterno della corda del gr. adduttore, nell'inferiore, piccolo spazio fra il grande adduttore e il sartorio, ci si approfonda per fare l'allacciatura della poplitea, secondo il processo da me proposto, incidendo all'interno del tendine del gr. adduttore. Ho provato sul cadavere tale processo: eseguo un'incisione verticale, parallela alla corda del grand. adduttore, dal suo lato interno e posteriore, con la gamba in semiflessione sulla coscia: l'incisione in basso è limitata da una linea trasversale condotta dalla metà della rotula, risale in alto per otto o dieci centimetri; si evitano i rami del safeno interno e la vena safena interna se si presenta, s'incide l'aponeurosi nella stessa direzione della cute, si vede e si palpa la corda del grand adduttore e quasi accollato al suo lato interno, appare il sartorio: ci si approfonda in questo interstizio e dopo un breve scollamento si cade sull'arteria, nel punto in cui si disimpegna, dal canale del 3° adduttore, per impegnarsi nella losanga poplitea: si mette bene in evidenza l'arteria divaricando verso l'innanzi il grand. adduttore, all'indietro il sartorio, il retto interno, il semitend.

I vantaggi di tale incisione rispetto a quella classica poplitea, sono i punti di repere sicuri, la minor profondità cui con la mia incisione appare il vaso, la maggior facilità di separarla dalla vena; appare cioè nell'insieme una via di accesso più pratica da cui si può dominare il vaso in tutto il suo decorso.

Questo in sintesi il mio processo: mi riprometto, quando ne avrò la possibilità, di fare uno studio completo sull'argomento.

ISTITUTO DI ELETTROTERAPIA E RADIOLOGIA DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA.

Nuova applicazione dell'elettro-vibratore del Bergonié.

Prof. VITTORIO MARAGLIANO.

L'uso dell' elettro-vibratore rimase limitato finora, per quanto è a mia conoscenza, alla ricerca dei corpi stranieri magnetici, e specialmente proiettili.

Io ebbi l'idea di poter impiegare anche ad altre ricerche diagnostiche, e, specialmente, per l'apparecchio digerente. Già prima della scoperta dell'elettro-vibratore un chirurgo, il Peyr, aveva ricorso all'elettrocalamita per studiare il tubo digerente.

E cioè egli dava da ingerire al paziente una certa dose di ferro, generalmente ossido di ferro, poi con una potente elettrocalamita, indagava i vari tratti del tubo digerente.

Sotto la potente trazione della elettrocalamita le anse intestinali si sollevavano e venivano ad affiorare la cute in modo da rendersi visibili.

Il Payr più che un valore diagnostico attribuiva al suo metodo un valore terapeutico nel senso di poter staccare eventuali aderenze nel tubo digerente stesso.

Io ripresi l'idea del Payr, ma mi rivolsi, invece, all'elettro-vibratore.

Se si somministra ad un soggetto una sostanza magnetica e poi avviciniamo al soggetto stesso l'elettro-vibratore, questa entrerà in vibrazione e darà segno della sua presenza nel rispettivo organo. L'esperienza confermò la supposizione. Somministrai del ferro porfirizzato, circa 10 grammi in ostia, ad un paziente. Quindi, portai la regione gastrica in vicinanza dell'elettro-vibratore. Come era da aspettarselo, la mano palpante percepiva nettamente le vibrazioni e si poteva localizzare bene il fondo dello stomaco su cui riposava il ferro ingerito.

L'esperienza non riesce più così bene quando si indagano altri tratti del tubo digerente perchè allora la massa magnetica rimane troppo suddivisa. Sono necessarie allora quantità maggiori di ferro oppure sarebbe opportuno invece di somministrare una sostanza magnetica polverulenta dare delle sferettine cave di ferro calcolate in modo tale che il loro peso specifico fosse presso a poco uguale a quello dell'acqua e ciò allo scopo di evitare eventuali ristagni in qualche tratto del tubo digerente.

Per ora non ebbi modo di esperimentare con queste sferettine che dovrebbero essere di facile costruzione e pare che il loro uso sia molto indicato per questo genere di ricerca.

Ad ogni modo anche somministrando una certa quantità di ferro porfirizzato, ben lavato e privo di acidi (circa 30 grammi) con un buon vibratore si riesce a palpare benissimo il ferro nel cieco nel trasverso e nel discendente (meno bene nel tenue). Naturalmente veniva fatto sempre il controllo coi raggi X.

Non ebbi finora modo di approfondire la questione: di vedere se questo impiego del vibratore sia una pura curiosità scientifica, oppure se possa competere ad esso un valore pratico.

Penso però che tale valore possa avere, specie se accoppiato coll'indagine radiologica, perchè si potrà talvolta dall'intensità o meno della vibrazione farsi un'idea dello spessore dei tessuti frapposti, o di altre eventuali contingenze morbose.

Oltre a ciò può essere utilissimo per studiare col concorso del paziente certe speciali particolarità soggettive; ad esempio, un dolore, un fatto ulcerativo, ecc.

Inoltre è possibile che al metodo competa anche un valore terapeutico potendosi così provocare un massaggio vibratorio interno dell'apparato digerente.

Sono tutti questi punti che credo possano avere qualche interesse ad allargare, passato il turbine della guerra, il campo della così utile e geniale invenzione del Bergonié.

A proposito di autolesioni.

Ho seguito con vivo interesse la pubblicazione recente sulle « Autolesioni nella vita militare » del prof. Ascarelli, e vorrei, se permette, aggiungere una delle mie personali osservazioni fatta al fronte su una frequente autolesione intorno a cui peraltro non sembra interamente richiamata l'attenzione dei medici di truppe.

Mi riferisco precisamente alle alterazioni dentarie provocate a scopo di un allontanamento, sia pur temporaneo, dalla 1ª linea specie in previsione di combattimenti.

In genere si tratta di individui che hanno qualche dente devastato dalle carie, o alcune radici di denti strappati in malo modo, terreno quindi ottimo per facili processi reattivi, e su cui vengono provocate delle irritazioni meccaniche o chimiche che si mutano in un secondo tempo in altrettante alveoliti e perialveoliti con esito in ascessetto, periostiti, esulcerazioni e veri stati fungosi.

In tali casi il criterio clinico non dà nulla di preciso sulla causa determinante, e tutto l'accorgimento del medico deve essere diretto nel raccogliere un'accurata anamnesi, su cui il soggetto cade in contraddizioni, e nel prendere a guida il criterio antropopsicologico per frustare con esemplari punizioni l'operato di costui, che spesso appartiene a classe sociale piuttosto evoluta e pienamente al corrente dei mezzi determinanti le autolesioni.

Ten. med. dott. M. PERSIANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

SESTA SEDUTA — 5 marzo: ore 15.

Comunicazioni sulle ferite addominali di guerra.

L'ambulanza chirurgica e le ferite dell'addome.

CALABRESE UGO (Bologna). — L'O., dopo avere spiegato che cosa si debba intendere per auto-ambulanza chirurgica mobile, si addentra nella dibattuta questione del trattamento dei feriti dell'addome in guerra.

Fa una rapida disamina dei risultati avutisi in proposito nelle guerre passate e dice che le ragioni per le quali si era riconosciuto esatto l'aforisma del Mac Cormac «i feriti dell'addome in guerra muoiono se operati, se lasciati in pace guariscono», sono principalmente due:

1° Le laparotomie vennero nella maggior parte dei casi praticate in ambienti e con materiale chirurgico inadatti a simili interventi;

2° Quando esistevano ambiente chirurgico, personale specializzato, materiale chirurgico di primo ordine i feriti dell'addome vennero sottoposti a laparotomia dopo una media di 15-40 ore, e cioè a processo peritonitico in corso.

La riprova di questa affermazione esiste pure nel fatto che nella guerra russo-giapponese la principessa Giedroitz, operando in una automobile trasformata in sala operatoria perfetta, ottenne buoni risultati intervenendo presto e cioè dalle prime tre alle prime sei ore dalla ferita.

Per tutte queste ragioni l'O. dice che non si possono tenere in gran conto le statistiche delle guerre passate, e che più che con le statistiche il problema del trattamento degli addominali di guerra si debba risolvere facendo la questione di principio. Perchè, come ha detto il Rochard, ai chirurgi deve far pena il pensiero che ciò che fu verità prima della guerra e sarà verità anche dopo, sia divenuto errore durante la guerra.

I feriti dell'addome, se in tempo di pace sono sistematicamente sottoposti a laparotomia, lo debbono essere parimenti in tempo di guerra, a condizione però che, come in tempo di pace, trovino sul campo ospedali bene organizzati, con personale e materiale chirurgico adatto allo scopo. Senza queste condizioni la laparotomia non deve praticarsi, come non deve praticarsi quando, pur riunendo insieme le anzidette condizioni, il ferito giunga assai tardi e con peritoneo quasi irreparabilmente infetto. E a questo scopo, l'O. dice che, non potendosi, per ragioni ovvie, avvicinare l'ambulanza alle primissime linee, si debba, per così dire, avvicinare il ferito all'ambulanza. Ciò si otterrà sia ordinando che il ferito all'addome venga, senza passare per la Sezione di Sanità, o per lo smistamento, direttamente portato all'ambulanza, sia aumentando il numero delle auto-lettighe assegnate all'ambulanza stessa per il più rapido disimpegno di così importante servizio.

Detto ciò, tratta la questione se in realtà le decantate guarigioni spontanee siano così frequenti come si è affermato fino a pochi mesi or sono; dice che la sua esperienza lo induce a ritenere che la maggior parte, per non dire tutte le guarigioni spontanee sono dovute a ferite o delle sole pareti addominali oppure penetranti semplici, cioè senza lesioni viscerali. Nello stesso concetto è venuto il Quénu, che in una delle sedute della Società di Chirurgia di Parigi fece la critica spassionata e severa della statistica di guarigioni spontanee presentata dallo Chevassu. Molti osservatori, e fra questi il Kraske, hanno riferito per gli addominali veri, trattati medicalmente, la mortalità del 95-100 %.

L'O. dice che nella propria ambulanza, dall'agosto al dicembre, vennero accolti 264 feriti all'addome. La percentuale globale di guarigioni fu del 47 %; la percentuale di guarigione negli addominali veri operati e guariti fu del 36 %, e conchiude che, per essere favorevoli sistematicamente all'intervento, non valgono tanto le cifre, quanto vale la certezza che tutti i guariti sarebbero inesorabilmente morti senza l'intervento chirurgico.

Contributo al trattamento delle lesioni addominali di guerra.

ROSSI BALDO (Milano). — L'O. espone i risultati della propria esperienza, che riguarda 315 casi osservati e curati nell'ospedale chirurgico «Città di Milano», dall'11 giugno 1916 al 31 gennaio 1917, prima del Trentino, durante l'offensiva austriaca e la controffensiva nostra, dal 18 agosto a fine gennaio sull'Isonzo.

È a conoscenza di tutti che all'inizio della guerra europea l'astensione appariva quasi l'unico precetto curativo da seguire nelle ferite addominali e che le opinioni si sono in seguito a poco a poco invertite tanto che attualmente la quasi totalità, per non dire la totalità dei chirurgi, è venuta nella convinzione della necessità della cura operativa. I coefficienti sostanziali di questa evoluzione sono stati sopratutto:

1° la constatazione della estrema gravità delle ferite addominali;

2° la possibilità di portare organizzazioni e mezzi chirurgici proporzionati alla entità e alle esigenze operative di queste gravi lesioni a relativa vicinanza dalla linea del fuoco, in posizione tale cioè che i feriti addominali vi potessero essere portati in tempo utile per l'intervento.

Kraske, Dupont e Kendirdiy hanno visto morire tutti i feriti all'intestino da loro curati coll'astensione. Alessandri, Bastianelli, Bozzi, Giannettasio, Nigrisoli, l'O. ed in genere tutti coloro che hanno avuto occasione di esaminare largamente le alterazioni anatomiche delle ferite intestinali sono di accordo nel giudicare che la guarigione spontanea in questi casi deve essere considerata veramente eccezionale, non sorpassante l'1 o il 2 %.

Riferendosi ai risultati della propria statistica: di 315 casi sono guariti 148, con una percentuale quindi del 47 % circa. Di essi 98 erano estraperitoneali, 62 estraperitoneali semplici delle pareti, 36 si complicavano a lesioni viscerali o di parti di visceri estraperitoneali (rene, vescica, retto), a le-

sioni toraciche o del midollo, e diedero 81 guarigioni con una percentuale dell'82,65 %.

I penetranti furono 217. Di essi 59, che erano in condizioni preagoniche, di irreparabilità operativa, hanno dovuto essere abbandonati al loro triste destino e tutti questi infelici morirono poche ore dopo il ricovero malgrado le cure migliori. Dei rimanenti 158, non ne vennero operati 19, perchè non riconosciuti bisognosi di intervento, dato che certamente era interessato soltanto il peritoneo o gli organi parenchimatosi (quasi sempre il fegato), ed in questi casi si ebbero 16 guariti (l'84,21 %) e 3 decessi, riguardanti lesioni toracoaddominali.

Dei rimanenti 139 riconosciuti suscettibili di guarigione e laparatomizzati, 26 interessavano soltanto gli organi parenchimatosi, pur presentando fenomeni preoccupanti che avevano consigliato l'intervento; guarirono 16 con una percentuale del 61.53 %; 110 riguardavano lesioni del tubo gastro-enterico, 1 della cistifellea, 2 della vescica nella sua porzione endoperitoneale e diedero 35 guarigioni con una percentuale intorno al 31 %.

Sono soprattutto questi risultati riguardanti le lesioni degli organi cavi che devono essere presi specialmente in considerazione nel discutere il valore dell'intervento nelle lesioni addominali. Però questi risultati variarono molto a seconda delle condizioni di ambiente nelle quali avvenne l'intervento.

X, dove l'ospedale mobile era stato comandato durante l'offensiva austriaca, si trova ai piedi delle contese montagne dell'altipiano di Asiago e distava più di 40 km. dalla linea del fuoco.

Le condizioni erano ivi poco favorevoli per la chirurgia addominale, dato che i feriti arrivavano sempre tardi, nel caso più favorevole dopo 24 o 48 ore, in condizioni quindi sempre gravi, con fenomeni di peritonite in atto.

Ciò malgrado, coll'intervento l'O. ottenne dei risultati discreti, raggiungendo il 26 % negli organi cavi, fino al 37 % ad Y, in vicinanza di Asiago, dove l'ospedale si trasportò durante la vittoriosa controffensiva nostra e dove si trovava ad 8 km. dalla linea del fuoco quindi nella possibilità di ricevere i feriti 2 ore dopo il ferimento.

Nel posto dove attualmente l'ospedale si trova, in vicinanza di Gorizia, i feriti sono arrivati anche un'ora dopo la lesione, in media ancora più presto che nell'altipiano. Eppure qui i risultati non sono stati altrettanto buoni come ad Y, il 32 %. Ciò, secondo l'O., in parte per l'introduzione di quella terribile arma bellica che è la bombarda, la quale determina ferite sempre gravi, frequentemente multiple, molte volte irreparabili; in parte per la stagione invernale, per la perfrigerazione, i cui danni sono significanti su degli individui in condizioni di minorata attività organica per lo shock e per la perdita di sangue, che rimangono per molto tempo immobili sul campo di battaglia. Per la significante differenza nel tempo trascorso dal ferimento, differente è stato anche il carattere delle lesioni che l'O. ha avuto occasione di osservare nella prima località e nei posti successivi. Frequenti le lesioni multiple e gravi da artiglieria, da bomba a mano, da mina nelle due ultime località; ferite più leggiere nella prima, molte le lesioni estraperitoneali semplici e viscerali, frequenti le lesioni penetranti degli organi parenchimatosi, poco estese le lesioni degli organi cavi, e ciò perchè i feriti più gravi avevano dovuto soccombere prima del trasporto o durante questo. Dei 35 guariti con lesioni degli organi cavi, 10 riguardavano perforazioni del solo tenue, 7 del solo crasso, 1 della cistifellea e del fegato, 2 della vescica orinaria, 1 dello stomaco e della cistifellea, 1 del fegato e del tenue, 1 del tenue e della milza, 1 del tenue e della vescica orinaria, 5 del crasso e del tenue, 1 del fegato, dello stomaco, del tenue e del crasso; 5 avevano lesioni toracico-addominali e precisamente, per quanto riguarda le lesioni endoperitoneali, 1 aveva lesione del tenue, 1 del crasso, 1 dello stomaco e della milza, 1 dello stomaco e del tenue e 1 del fegato, dello stomaco e del colon.

Questa statistica complessiva, del 31 % di guarigione per gli organi cavi, può essere considerata confortevole se si pensa che, sopra i 110 operati per lesioni gastro-intestinali, soltanto per 4 o 5 si poteva avanzare una lontana possibilità di guarigione spontanea, e combina presso a poco con le statistiche operative da altri pubblicate.

A tenere ancora elevata la percentuale di mortalità contribuiscono difficoltà inerenti all'atto operativo, incertezza sulla sede della lesione, necessità di indagini estese e traumatizzanti, che molte volte riguardano tutta la cavità addominale, complicanze tecniche le quali riguardano l'atto operativo; ma sopratutto contribuiscono le condizioni poco favorevoli in cui si trova il ferito.

Ma allora donde derivano le statistiche rosee di certi astensionisti del 30 o del 40 % di guarigione con le cure mediche? L'O. spiega il fatto in questo modo. Il numero dei feriti che dai posti di medicazione arrivano alle Sezioni di Sanità e agli Ospedali avanzati con diagnosi di lesione addominale è enormemente superiore a quello dei feriti affetti realmente da una lesione penetrante. Si comprende che, chi in mezzo al tumulto, alle emozioni e ai pericoli della lotta deve, oltre che provvedere ai bisogni di immediata urgenza formulare la diagnosi per tutti i feriti che gli si presentano a diecine ed a centinaia, in poco tempo non può fermarsi ad indagini diagnostiche che richiedono tempo, calma e precisione, ma è costretto a dare dei giudizi sommarii.

Preoccupato di richiamare l'attenzione altrui su tutte le lesioni che possono richiedere provvedimenti curativi speciali, è giusto che nella categoria degli addominali egli metta tutti i feriti che a prima vista possono presentare un lontano sospetto di penetrazione, lasciando poi a coloro che, in posizione più tranquilla e in condizioni migliori ricevono i feriti, un giudizio più preciso, e così possono arrivare con diagnosi di addominale dai posti avanzati individui con ferite affatto superficiali della parete o con lesioni delle parti vicine dell'addome

Se l'O. avesse voluto comprendere fra gli addominali tutti i feriti inviati all'Ospedale con tale diagnosi avrebbe potuto arricchire la sua statistica con un buon numero di altri casi, tutti leggeri, de-

stinati a rapida guarigione, che avrebbero modificato in senso molto favorevole i risultati. E pur limitando la casistica ai soli feriti nel quali non era possibile escludere, ad un esame immediato, il dubbio di penetrazione peritoneale, dubbio soltanto eliminato da una osservazione diligente della prova radiografica o dall'intervento, dei 315 casi dall'O. presi in considerazione soltanto in 172 si trattava di lesione degli organi cavi. È sul modo di vedere nella numerosa percentuale dei feriti non penetranti e in quella delle ferite penetranti senza lesione degli organi cavi che si basano i risultati statistici degli astensionisti, risultati che possono diventare tanto più rosei quanto più alto è nel concetto del curante il termine di lesione addominale.

L'O. aggiunge tuttavia che anch'egli stima conveniente l'astensione dall'intervento in tutti i casi di lesioni semplici, di lesioni del fegato o della milza, qualora non esista emorragia o versamento di bile inquietante nella cavità. Ciò specialmente se si tratta di lesioni toracoaddominali, perchè la lesione toracica si presenta molte volte ancora più grave della lesione addominale. Ma anche per questi casi deve essere una astensione chirurgica vigilante, che sbriglia le ferite esterne se sono anfrattuose, se possono diventare settiche, e che sorveglia il malato per intervenire con la laparotomia appena insorgano fenomeni allarmanti.

Riassumendo, questa deve essere la condotta del chirurgo che si propone di attuare al campo la cura operativa delle lesioni addominali: intervento immediato nelle ferite penetranti nelle quali si abbia la certezza od il fondato sospetto di lesione degli organi cavi endoperitoneali, in quelle dove esiste emorragia, versamento di orina, versamento di bile preoccupante, purchè vi sia ancora speranza di salvezza. Aspettativa armata e cura medica negli altri casi.

Siccome poi si tratta di operazioni che sono fra le più gravi, le più complesse, le più delicate, le più difficili della pratica chirurgica, esiste anche una controindicazione operativa di ordine tecnico. Si devono cioè soltanto operare quando si possa disporre di mezzi sanitari e di organizzazioni chirurgiche di primo ordine. In questo senso parlano giustamente le illuminate disposizioni dell'Intendenza generale del nostro esercito, fissando alle unità chirurgiche specializzate, ambulanze chirurgiche d'armata, ospedali chirurgici mobili, l'esecuzione degli interventi negli addominali. Queste unità specializzate per i grandi atti operativi erano state preconizzate in Italia fin dal 1903 dal generale medico Imbriaco, il quale ne additava la necessità con queste savie parole: «Io sono profondamente convinto che, se nelle guerre future non si adotterà il partito di costituire ospedali appositi per i feriti bisognevoli di operazioni al ventre o nelle altre grandi cavità del corpo, con un personale medico fornito di speciale perizia in siffatte operazioni, si ripeteranno fatalmente gli insuccessi delle guerre precedenti». Così ancora una volta il genio italico ha indicato una via che alle altre nazioni fu soltanto suggerita dalle risultanze tremende di questa immensa conflagrazione.

Dott. L. C. ZAPELLONI.

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 25 febbraio 1917.

L'acqua termale dei bagni di Casciana. - Nuova analisi e ricerche chimico-fisiche.

R. NASINI e C. PORLEZZA. — Gli OO. trovano che la composizione della celebre acqua termale dei Bagni di Casciana si è mantenuta assai costante da 45 anni a questa parte: si sono trovati in più rispetto all'ultima analisi (Orosi e Tassinari, 1872) i sali di potassio, dello acido borico e del manganese, e questi ultimi sono stati dosati, come anche sono stati dosati quelli di litio. Fra i gaz vi sono anche l'argo e l'elio. Le complete indagini chimico-fisiche permettono di stabilire l'aggruppamento dei componenti: inoltre si dimostra che l'acqua ha azione catalitica, e che tanto essa che il gaz hanno discreta radio-attività. Si mette in evidenza la grande importanza terapeutica che può avere il fatto delle reazioni, che hanno luogo quando si fa il bagno, che, come è noto, si fa sempre in acqua corrente.

Le iniezioni endovonose di zolfo colloidale nel reumatismo articolare acuto.

R. MASSALONGO. — Le iniezioni endovenose di zolfo colloidale, coi caretteristici fenomeni reattivi, rappresentati da intenso brivido di freddo, esacerbazione febbrile ed effervescenza termica rapida seguita da profuso sudore, determinano notevole miglioramento nello stato generale degli infermi, diminuzione rapida dei dolori ed abbreviamento del processo morboso; metodo curativo che merita tutta la considerazione dei medici pratici per la grande rapidità della sua azione e per l'abbreviamento del processo morboso, che rende perciò meno facile l'insorgenza di eventuali complicanze, malgrado la tumultuarietà della reazione, che mai però è seguita da inconvenienti degni di nota.

Riteniamo che le iniezioni endovenose di zolfo colloidale nel trattamento del reumatismo articolare acuto, agiscano rinforzando ed esaltando i mezzi organici di difesa.

Ricerche intorno all'azione della bile sui muscoli striati e sui nervi motori.

A. ROSSI. — In queste ricerche si dimostra che la bile determina notevole e progressiva diminuzione della eccitabilità e contrattilità muscolare, rende il muscolo più faticabile e ne eleva prontamente e notevolmente il tono. L'O. ritiene che la contrazione tonica sia da riferirsi ad una azione eccitante della bile sul sarcoplasma, e che la diminuzione di eccitabilità e contrattilità sia da riferirsi invece ad una azione paralizzante della stessa sulla fibrille.

Tale azione della bile che stimola il sarcoplasma mentre paralizza le fibrille, depone, secondo l'O., in favore della diversa origine della scossa dal tono muscolare e quindi in favore della loro indipendenza. Riguardo all'azione della bile sui nervi motori, si dimostra che in essi come nei muscoli la bile determina diminuzione progressiva della eccitabilità.

A. DIAN.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sindromi emorragiche ad insorgenza epidemica fra le truppe operanti.

Prof. P. D. SICCARDI, capitano medico, capo zona di profilassi e direttore del Laboratorio batteriologico di Armata del Medio Piave. (*Gazzetta Osp. e Cliniche*).

La direzione di Sanità della IV Armata aveva incaricato il Siccardi di un'inchiesta sui casi occorsi di sindromi emorragiche ad insorgenza epidemica. I risultati, riassunti dall'A. in questo lavoro, si basano sull'osservazione clinica di circa 700 malati e sulle ricerche di laboratorio (urologiche, ematologiche, emoculturali, biologiche) fatte in oltre 250 di essi dall'A. con la collaborazione dei suoi subalterni nel Laboratorio batteriologico d'Armata.

Si tratta di tre quadri simili, però clinicamente bene definibili e differenziabili, forme di transizione di uno stesso gruppo morboso o varietà di una stessa malattia — sindrome scorbutica; sindrome parascorbutica (intendendo affermare che accanto al primo si può osservare un complesso sintomatico assai simile caratterizzato però dallo stato di nutrizione generale del malato sempre buono e talora ottimo); e sindrome maculosa — comprendenti rispettivamente il 2,5, il 42 e il 51 % dei casi.

A lato di questi quadri morbosi ne coesistono altri due, rappresentanti quasi nella seriazione complessiva, due quadri limite, richiamanti i criteri diversi, estremi, dell'infezione e della perfrigerazione, cause di un disturbo nutritivo, unico nella sua espressione di diatesi emorragica transitoria: una sindrome emorragica cutanea infettiva, decorrente come forma tifosa o paratifosa (accertata anche con l'emocultura e la sieroreazione), con emorragie cutanee precoci o con emorragie cutanee sostituenti la roseola, ed una sindrome emorragica in congelati, comprendenti rispettivamente il 0,5 e il 4% dei casi osservati.

L'A. descrive sistematicamente le diverse sindromi cliniche esponendone i caratteri comuni e i differenziali, indicandone i casi specialissimi osservati, le complicanze, il decorso, la durata, le cure, e soffermandosi a descrivere una particolare, abituale accentuazione assunta dalle manifestazioni emorragiche attorno alla piegatura del ginocchio ed eccezionalmente del gomito, nelle sindromi scorbutica, parascorbutica, maculosa ed emorragica in congelati, localizzazione rivestente valore e lesione professionale come quella che dipende dall'atteggiamento più comune al soldato in questa guerra di posizione. Espone poi i reperti urologici; i reperti ematologici costituenti nelle sindromi scorbutica e parascorbutica un quadro sempre eguale (pur tenuto conto degli esponenti dell'anemia riscontrati nella prima) la cui nota saliente è data da una mononucleosi relativa con diminuzione dei polimorfonucleari; i negativi reperti delle indagini emoculturali e dei tentativi di isolare un germe proprio e riprodurre le manifestazioni emorragiche in animali inoculati col sangue dei malati; i dati delle cure.

Da ultimo espone, in base all'inchiesta anamnestica fatta ed ai reperti suaccennati, i criteri eziologici intorno alle varie forme morbose rilevate soffermandosi specialmente su quelli delle due sindromi scorbutica e parascorbutica che per la loro rarità in tempi normali rivestono particolare interesse. L'A. deve concludere pei dati epidemiologici, terapeutici e di laboratorio che insieme col raffreddamento e con le condizioni igieniche sfavorevoli, considerati come momenti predisponenti morbosi sta ad origine delle sindromi anzidette il tipo dell'alimentazione per due diversi meccanismi: l'uno legato ai principî nutritivi accessori presenti in molti alimenti animali e vegetali freschi e forse anche al contenuto loro in dati sali, l'altro legato alla modificazione della reazione dell'organismo di fronte al cibo somministrato come alimentazione esclusiva o prevalente, alimentazione tanto più importante in quanto i colpiti, nella quasi totalità agricoltori, avevano la consuetudine di vitto completamente diverso. E cennando ai momenti che danno ragione del carattere di epidemicità rivestito dalle sindromi, ricorda la eguaglianza del quadro ematologico delle sindromi scorbutica e parascorbutica con quello della pellagra S. A.

Stomatite purulenta epidemica.

Th. Rumpel (*Münch. med. Woch.*, 30 maggio) ha osservato in due campi di concentrazione di prigionieri russi, un'epidemia di stomatiti che ha colpito in un campo la metà, nell'altro un terzo dei prigionieri.

Nessun caso è stato osservato nel personale di guardia e di assistenza.

La malattia si iniziava con cefalea, vertigini, seguiva poi gonfiamento doloroso delle gengive ed una profusa secrezione purulenta, che puzzava di fieno putrido. Dal pus è stato isolato il bacillo di Vincent. Nei casi più gravi vi era

diffusione del processo anche alle fauci e ingorgo dei gangli regionali: talora anche si formavano delle pseudomembrane, che, distaccandosi, lasciavano delle ulceri. In qualche caso si sono notate delle emorragie gengivali, in qualche altro un esantema morbilliforme. Temperatura fino a 39°. Non vi è stato alcun caso di morte, tutti passarono a guarigione in circa quattro settimane. La cura è stata fatta con purganti e pennellazioni locali (di acido cromico, pioctanina).

La forma morbosa osservata aveva una certa somiglianza con la stomatite mercuriale; però la ricerca del mercurio nel pus e nelle salive è stata negativa. La causa non sarebbe da ricercarsi nella scarsa nutrizione, perchè (dice l'A.) il vitto era sufficiente e svariato; vi predominavano però gli alimenti conservati. Nemmeno si può pensare allo scorbuto, sia perchè il decorso è stato benigno, sia per la mancanza di processi emorragici. L'A. ritiene che questa epidemia sia stata connessa con qualche sostanza venefica sconosciuta introdotta con gli alimenti. La forma morbosa è affatto simile allo stomacace, che appunto si nota negli eserciti accampati, nelle prigioni e simili. FIL.

TERAPIA.

Nuovo metodo di cura della psoriasi

L. Bory (*Presse Médic.*, 7 giugno 1917, p. 331) da lungo tempo si era proposto di curare un certo numero di dermatosi, in cui il solfo sembra indicato, con delle iniezioni di solfo puro sciolto od incorporato in un mezzo liquido tollerato dall'organismo. Le diverse preparazioni colloidali del commercio non soddisfacendo dal punto di vista dermatologico, l'A. perseverò nelle sue ricerche fino ad adottare la formula seguente:

Solfo precipitato puro	centigr.	20
Olio di sesamo o di vaselina	cmc.	100

La preparazione è dosata a 2 milligr. per cmc.: ciò che permette, iniettando 5 cmc. di soluzione oleosa, d'introdurre nell'organismo 1 centigr. di solfo puro, quantità che non si potrebbe raggiungere con le pseudo-soluzioni colloidali.

L'olio di sesamo è preferibile all'olio di vaselina in ragione del più rapido riassorbimento da parte dei tessuti e l'A. l'ha adottato, con l'aggiunta di eucaliptolo, nella cura della psoriasi per le seguenti ragioni:

1° La cura solforosa, interna od esterna, sembra avere una favorevole influenza sul processo psoriasico.

2° Sembra presso a poco stabilito che la psoriasi (la cui etiologia è ancora così discussa) debba venir considerata come un'affezione che suole svilupparsi all'ombra, per così dire, della tubercolosi; sia che rappresenti una manifestazione larvata di questa malattia, sia che si tratti di un male diverso, ma assai vicino alla tubercolosi; sia infine che si abbia a che fare con una malattia del tutto diversa, ma impiantata su terreno tubercolare, senza avere alcuna relazione di causa e di effetto col processo tubercolare vero e proprio.

3° L'eucaliptolo avrebbe una benefica influenza, applicato esternamente, su di alcune dermatosi e sulla psoriasi in particolar modo.

Solfo ed eucaliptolo sono d'altra parte egualmente attivi nella cura della tubercolosi, specie nelle forme torpide, ed è perciò che l'Autore ha pensato di combinare questi due medicamenti con lo scopo di agire se non sulla causa stessa della malattia, almeno sul terreno su cui essa suole svilupparsi.

La formula è la seguente:

Solfo precipitato puro	centigr.	20
Eucaliptolo	cmc.	20
Olio di sesamo	»	80

Si riscalda lentamente l'olio di sesamo sino a soluzione completa del solfo e, dopo raffreddato, si aggiunge l'eucaliptolo.

Iniettando profondamente, nei glutei, questo preparato, in un individuo affetto da psoriasi grave ed antica, l'Autore notò con grande sorpresa sua e del malato, tre giorni dopo la prima iniezione, un notevolissimo miglioramento. In un altro caso consimile, si ebbe la totale scomparsa delle manifestazioni già alla 4ª iniezione (circa dodici giorni dall'inizio della cura) e senza che localmente si fosse praticato altro trattamento all'infuori dell'applicazione di collodion eucaliptolato su alcune eruzioni del viso.

Un terzo caso fu più ribelle: per altro dopo 8 iniezioni non persisteva che una leggera tinta rosea nel sito delle eruzioni, appena distinguibile da quella della cute sana. Anche qui, come solo trattamento locale, del collodion eucaliptolato (25 %) di quando in quando.

Per altri tre soggetti, ancora in cura, non è possibile formulare conclusioni precise: con tutto ciò l'A. crede opportuno far rilevare sin da ora l'importanza della guarigione ottenuta nei primi casi studiati, o almeno delle profonde modificazioni verificatesi nei sintomi obbiettivi, sotto l'influenza di un'esclusiva cura interna.

Anche col calomelano si ottengono talvolta risultati analoghi; non però così rapidamente. In ogni modo la reazione degli psoriasici al solfo eucaliptolato od al calomelano è un argo-

mento in favore della teoria parassitaria della psoriasi; ma prova altresì che la cura di questa affezione non deve essere soltanto locale: al contrario essa dovrebbe essere locale e generale se si vuole ottenere una guarigione definitiva.

Le iniezioni di solfo eucaliptolato sono ben tollerate, indolori e possono sostituire vantaggiosamente per l'azione più rapida e più duratura le diverse preparazioni colloidali anche nel trattamento del reumatismo cronico nel quale sono state preconizzate. Ed a questo proposito non è senza interesse il ricordare che talvolta la psoriasi è complicata con manifestazioni artropatiche. Ora è possibile che un giorno l'analogia nel trattamento curativo della psoriasi con il reumatismo cronico ci farà trovare la sua ragione di essere in un'affinità etiologica, di ordine parassitario, fra le due malattie.

V. MONTESANO.

MEDICINA SOCIALE.

Provvedimenti per il benessere dell'infanzia.

Su questo argomento l'*Edinburgh medical Journal* pubblica due interessanti numeri monografici di cui diamo il sommario: 1) Lo scopo delle opere di prevenzione in rapporto al trattamento medico dei bambini; 2) L'assistenza dei bambini durante l'età scolara; 3) Il benessere della madre in gravidanza e la salute del bambino; 4) Pediatria e benessere dell'infanzia; 5) Considerazioni pratiche sull'organizzazione delle istituzioni per il benessere dell'infanzia; 6) L'assistenza ai deficienti; 7) La tubercolosi chirurgica ed il benessere dell'infanzia.

Nel numero seguente (giugno) vengono trattati gli argomenti seguenti: 1) Le malattie infettive; 2) La dermatologia; 3) Le istituzioni amministrative per l'assistenza ai bambini sotto l'età scolara; 4) Le malattie oculari; 5) Le malattie dell'orecchio, naso e gola; 6) La prevenzione della carie dentale; 7) L'ispezione medica nelle scuole; 8) I provvedimenti legislativi ed amministrativi in rapporto con la maternità e col benessere dell'infanzia.

ini.

Il fascicolo 7 (1 luglio 1917) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. GIOVANNI MINGAZZINI - *La puntura lombare come cura di alcune forme di cefalea essenziale.*

II. Dott. GIOACCHINO FUMAROLA - *Akroasphyxia chromatica hypertrophica associata a sclerodermia.*

III. Dott. CRISTOFORO PASTINE - *A proposito dell'estensione e della flessione paradossale della mano e delle dita, all'eccitazione faradica unipolare dell'avambraccio.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(846) Al tenente medico De Pietro Perrone. — Potrà utilmente consultare i seguenti lavori:

CHERVIN, *Begaiement et autres défauts de prononciation.* Parigi, 1895. — WYLLIE, *The desorders of speech.* Londra, 1895. — GUTZMANN H., *Sprachheilkunde, Vorlesungen über die Störungen der Sprache.* 2ª edizione. Berlino, 1912. — ROUMA GEORGES, *La parole et les troubles de la parole.* Parigi, 1907.

Inoltre troverà ampia materia di studio nelle lezioni di ortofonia del prof. Ferrero, che fanno parte del Corso di Psicologia emendativa per i maestri, dettato dal prof. De Sanctis, dell'Università di Roma.

E. T.

(847) Al dott. S. C. di Caltagirone, suggeriamo:

A. BROCA, *Chirurgie infantile.* G. Steinheil, Parigi, L. 25. — E. KIRMISSON, *Précis de chirurgie infantile;* Masson et C.ie, Parigi, L. 12. — NOVÉ-JOSSERAND, *Précis d'Orthopedie,* O. Doin, Parigi, L. 8. — E. ESTOR, *Guide pratique de chirurgie infantile,* Parigi, F. Alcan.

ini

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Guerra e pace.

Nel fascicolo 24 del *Policlinico*, Sezione pratica, del 10 giugno corrente, alla Rubrica *Interessi professionali*, vi è l'articolo *Guerra e Pace*, che merita la maggiore considerazione. Detto articolo, dopo aver accennato ai varî problemi d'indole sociale che si affacceranno dopo la guerra ed ai quali la professione sanitaria è strettamente legata, ed alla necessità di provvedervi in tempo, termina con queste parole: « è bene fino da ora pigliare posizione facendo conoscere il nostro avviso e le nostre esigenze ».

La questione così è ben posta; solo che per esperienza sappiamo quanto sia difficile nella legislazione sanitaria realizzare con relativa sollecitudine qualsiasi riforma. Le difficoltà che conducono sempre così in lungo i provvedimenti sanitari sorgono dalle cose e dalle persone. Le prime provengono dal fatto che l'igiene sociale come scienza nuova, presenta in qualche punto incertezze, delle quali sempre si è profittato per dilazionare qualsiasi riforma, anche quando l'esperienza fatta altrove ne avesse già mostrata l'utilità. Le seconde dipendono da errata organizzazione burocratica, di modo che le questioni sanitarie per la loro approvazione, debbono essere riportate al giudizio di persone profane; persone che spesso per mantenersi al potere, sono contrarie a qualsiasi innovazione.

A dirimere le prime difficoltà gioverà il progresso delle scienze mediche, che sarà favorito col fornire adeguati mezzi finanziarî ai centri di studio. A combattere le seconde appare evidente la necessità di istituire un Ministero per la Sanità Pubblica, al quale debbono far capo tutti i servizi sanitari civili. Solo in questo modo si potrà perfezionare e disciplinare l'organizzazione sanitaria della nazione e si potranno modificare ed applicare rapidamente le varie leggi d'igiene che vanno assumendo sempre maggiore importanza.

La proposta di istituire un Ministero per la Sanità non è nuova; essa fu già ventilata al Congresso Medico Internazionale di Budapest nel 1909, e già altre nazioni si danno il vanto di averla realizzata. Purtroppo, non c'è da illudersi, questo provvedimento seguirà la sorte di tutti gli altri, di essere cioè ostacolato il più possibile, per aver poi le maggiori approvazioni dopo che sarà fatto, s'intende, col più grande ritardo possibile.

Nell'imminenza di fare nuove leggi sanitarie sarebbe opportuno che si prendessero le maggiori precauzioni perchè non riuscissero troppo difettose. Così pure, a guerra finita, potrebbe utilizzarsi il numeroso e disciplinato personale sanitario, che diversamente nel disagio della disoccupazione cercherà impiego all'estero, mentre potrebbe portare molti benefici allo stato che ne curò l'istruzione.

Con un Ministero competente, le organizzazioni sanitarie assumerebbero nuova forza e maggiore rispetto; l'interpretazione delle leggi e dei regolamenti una maggiore uniformità. Il personale sarebbe meglio scelto e compensato; gli abusi più facilmente repressi, i favoritismi meno facili.

Si può obbiettare che tutto ciò importerà una maggiore spesa. Dato che l'obbiezione fosse seria, non si potrebbe prelevare da quei tanti milioni che si spendono in altre cose, e non sempre utilmente?

Roma, 27 giugno 1917.

Dott. G. MASSIMI.

" Sempre a proposito del turno „

Caro *Pangloss*,

Faccio seguito dopo più di un anno di intervallo ad una mia lettera pubblicata nel fascicolo n. 20 S. P. pag. 636, del *Policlinico* 1916, allo scopo di iniziare nuovamente quella giusta campagna contro i nostri bravi colleghi, i quali, non si sa come, sono riusciti e riescono tuttora ad esimersi dal servizio in zona di guerra.

Questi..... *ciclamini* sono, è vero, un po' più rari di quanto non fossero al principio della guerra, ma non c'è medico che ritorni dalla sua licenza ordinaria (quindici giorni annui), il quale non parli con risentimento, se non con indignazione, di quei colleghi che numerosi s'incontrano per la città e per i quali non è stato ancora preso nessun provvedimento.

Parlando con questi signori, si sente dire che sono stati sottoposti a visita medica, che sono idonei al servizio incondizionato, che attendono da un momento all'altro l'ordine di partenza dalla Direzione di Sanità da cui dipendono, ma infine..... restano sempre dove sono.

Fino ad ora l'avvicendamento è stato regolato dalla sostituzione di quei medici che, avendo oltrepassato il limite di anni 40, avessero compiuti 12 mesi di campagna: equo provvedimento che ha incontrato il completo favore della classe medica.

Ma non basta: bisogna ricordare che molti medici non quarantenni, ma, per contro, neanche *pivellini*, prestano ormai da ben 25 mesi ininterrotto servizio in zona di guerra: non si parli di disagi materiali, specie negli ospedali da campo, perchè non ce ne sono; essi soffrono, come già rilevai, il disagio più grave dell'allontanamento dai loro centri di studio o professionali: per questi, quanto per gli altri, sarebbe necessario l'avvicendamento, sia pure temporaneo, ove, per speciali esigenze, fosse di nuovo richiesta l'opera loro.

La pratica non offrirebbe speciali difficoltà nella sua attuazione nè per essa si dovrebbero trovare ostacoli.

Dalle varie Direzioni di Sanità territoriali dovrebbe essere trasmesso l'elenco di tutti quei medici che hanno l'obbligo di prestare servizio in zona di guerra; alla Intendenza Generale: le Direzioni di Sanità, mobilitate, a loro volta manderebbero l'elenco di tutti quegli ufficiali che esprimessero desiderio di essere avvicendati: ecco che in capo ad un mese, in gran parte i medici sarebbero sostituiti per prestare servizio territoriale ognuno alla diretta dipendenza della Direzione di Sanità del rispettivo centro di mobilitazione.

In tal maniera il servizio non verrebbe a soffrire ed il trattamento sarebbe uguale per tutti.

Con ringraziamenti e saluti.

Dev.mo Abbonato 4368.

Cronaca del movimento professionale.

Adunanza di deputati medici. — Il Comitato Medico Parlamentare si è riunito all'Ufficio IV di Montecitorio, allo scopo di avvistare i mezzi più convenienti per addivenire ad una coordinazione dei servizi medici militari e civili.

Dopo un vivo scambio di idee, con riferimento di numerosi dati, venne affidato ad una Commissione l'incarico di conferire coi ministri Leonardo Bianchi ed Orlando.

Non è stato adottato nessun altro provvedimento.

Intanto sono iscritti a parlare sull'esercizio provvisorio alcuni deputati medici, che tratteranno argomenti di vitale importanza.

I medici di Milano e Provincia. — Il 1° corrente ha avuto luogo un'altra riunione dei medici della città e provincia di Milano, per accordarsi sull'atteggiamento da tenere di fronte al dissidio sorto col Consiglio dell'Ordine, presieduto dal dottor Filippetti.

La discussione è durata quasi tre ore ed è stata assai movimentata, ad un certo punto anzi è degenerata in una colluttazione.

Il presidente e il Consiglio furono costretti ad uscire dalla sala.

Alla presidenza venne chiamato il senatore Mangiagalli, il quale dopo aver protestato contro il contegno del dottor Filippetti e dei suoi sostenitori, mise in votazione un ordine del giorno del dottor Villa, che riuscì approvato, col quale i medici dichiarano decaduto il Consiglio dell'Ordine dei medici e riaffermano i loro sentimenti d'italianità che li dividono dalle idee e dalle direttive dell'on. Brunelli.

Il presidente dottor Filippetti ha comunicato di voler rassegnare le dimissioni del Consiglio nelle mani del prefetto.

Ordine dei Medici della Provincia di Catanzaro. — Il Consiglio dell'Ordine, adunatosi il 9 giugno, accettando ad unanimità una proposta del Presidente, ha affidato allo stesso l'incarico di far presente al Prefetto della provincia il desiderato che i Comuni, i quali assegnano le indennità caroviveri ai propri impiegati, siano indotti ad estendere tale beneficio ai Medici condotti.

In merito all'azione politica dell'on. Brunelli il Consiglio, dopo lunga ed animatissima discussione alla quale presero parte tutti i componenti, votò ad unanimità il seguente ordine del giorno proposto dal consigliere segretario dott. Belliotti Luigi:

«Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Catanzaro, presa visione dell'invito del Consiglio Federale degli Ordini dei Medici ai singoli Ordini per esprimere il loro pensiero sulla opera politica dell'on. Brunelli intorno alla nostra guerra:

«Ritenuto che è dovere della classe sanitaria contribuire con tutte le sue forze alla resistenza della Nazione per il trionfo degli alti ideali di nazionalità e della democrazia contro il militarismo degli Imperi centrali, riconoscendo peraltro ad ogni singolo Ordine o persona piena libertà di pensiero e di azione;

«Ritenuto che la qualità dell'on. Brunelli di rappresentante degli Ordini nel Consiglio Superiore di Sanità non lo investe di alcun mandato politico per conto dei Sanitari:

Delibera:

di non potersi elevare a giudice dell'opera politica che l'on. Brunelli svolge appunto nella sua qualità di Deputato al Parlamento e gli riconferma la fiducia quale rappresentante degli Ordini nel Consiglio Superiore di Sanità».

Il Consiglio ha plaudito e incoraggiato l'iniziativa, già tradotta in pratica, di un giornale sociale intitolato *La Lente*, ed ha preso varie altre deliberazioni.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6894) *Visita sanitaria alla carni macellate.* — Dott. C. G. da C. — L'ufficiale sanitario ha l'obbligo di procedere, in mancanza del veterinario comunale o consorziale, alla visita delle carni macellate. L'adempimento di tale obbligo, che non è, del resto, principale, ma semplicemente sussidiario, non deve arrecare onere al funzionario, che deve eseguirlo. È per ciò necessario che tutta la carne macellata sia raccolta in determinata località ed in determinata ora acciò il sanitario possa con unico accesso e con minimo scipio di tempo, assolvere il mandato, che gli è imposto nell'esclusivo interesse della collettività. Se tale locale manca o l'amministrazione intenda favorire gli esercenti col permettere che il medico si rechi al domicilio per la verifica della carne da ciascuno di essi macellata, è d'uopo che la prestazione sanitaria sia eseguita senza spesa a carico dell'esecutore. È, pertanto, doveroso che l'amministrazione municipale La rimborsi delle somme che Ella deve erogare per accedere nelle varie località e nella misura della effettiva erogazione da documentarsi nei modi consueti.

(6896) *Pensioni.* — Dott. E. G. da B. — Con 38 anni di servizio e 63 di età liquiderà l'annua pensione di L. 2756. Con 39 di servizio e 64 di età liquiderà, invece, L. 3000. Sulla pensione deve pagare la R. M. in ragione del 8.625 % più la ritenuta del 3 % prescritta dall'articolo 12 del vigente testo unico. Pertanto la pensione di L. 2756 si ridurrà al netto a L. 2435.70 e quella di L. 3000 a L. 2651.25.

(6898) *Obblighi del medico condotto. - Profughi della zona di guerra. - Sussidii.* — Dott. abbonato 1337. — La stazione dei RR. CC. è curata gratuitamente dal medico condotto. Pel servizio al carcere mandamentale e pel rilascio dei certificati occorrenti alla traduzione dei detenuti, ha diritto a compenso. Tale compenso è corrisposto dal Comune capoluogo salvo rivalsa mediante ratizzi da parte di tutti i Comuni che compongono il Mandamento. Per la cura dei profughi non si ha diritto a compenso perchè considerati come poveri agli effetti della assistenza sanitaria. Pel maggior lavoro del sanitario deve provvedere il Comune con corrisponsione di adeguati compensi straordinarii. In caso di rifiuto si può richiedere alla G. P. A. in applicazione dell'articolo 26 della legge, adeguato aumento di ufficio dello stipendio. Avendo il Prefetto ordinato la visita della donna che reclamava il sussidio ed avendola imposta direttamente all'ufficiale sanitario, questi deve eseguirla senza compenso come che disposta di ufficio nell'interesse del pubblico erario. Il primo certificato medico fu pagato perchè richiesto dalla donna nel suo interesse onde provare presso le autorità superiori il proprio stato di infermità. Ora trattasi di visita di controllo disposta di ufficio.

(6899) *Cura di profughi. - Compenso al medico condotto.* — Dott. V. G. da M. M. — I profughi della zona di guerra sono considerati come poveri agli effetti della cura e della assistenza sanitaria. Pel maggior lavoro del sanitario è, però, il Comune tenuto a corrispondere al sanitario adeguata gratificazione, sempre che questi non creda di avanzare domanda per aumento di ufficio dello stipendio alla G. P. A. ai sensi dell'articolo 26 del testo unico delle leggi sanitarie.

(6900) *Pensioni.* — Abbonato n. 2148. — Tenuto conto del maggior contributo di seconda categoria pagato per dieci anni, liquiderà l'annua pensione di L. 1921.

(6901) *Obblighi di servizio del medico condotto.* — Dott. G. I. da T. — Il medico condotto ha diritto di chiedere compenso per le prestazioni che esegue a persone non comprese nell'elenco dei poveri. Il Sindaco può provvedere da sè solamente pei poveri di passaggio ed il medico condotto deve ottemperare alle disposizioni che egli prende per tali persone. In caso di rifiuto al pagamento può adire l'autorità giudiziaria. Gli obblighi del medico condotto dei poveri sono contenuti nella legge sanitaria e nei singoli capitolati di servizio.

(6902) *Sessennii. - Caro vivere.* — Dott. abbonato n. 625. — L'essere stato ammesso al godimento della pensione come tutti gli altri impiegati dell'Opera Pia non implica il diritto a conseguire i sessennii e l'indennità caroviveri stabiliti pei soli impiegati di segreteria. Se l'amministrazione è ricalcitrante a concederle tanto i primi quanto la seconda, esponga i fatti alla Commissione di beneficenza provinciale perchè inviti l'amministrazione, per ragioni di equità, a prendere favorevoli provvedimenti a di Lei riguardo.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. R. M., Zona di Guerra:

Il decreto porta il n. 1529 e la data del 12 novembre 1916. La visita cui fu sottoposto a Firenze ha servito a stabilire la sua idoneità in genere ai servizi mobilitati. Malgrado tale visita il collega è sempre da considerarsi come ufficiale della Croce Rossa, e non di complemento di Sanità.

Al dott. L. P., Zona di Guerra:

Se è inabile *permanentemente* può far domanda di passare alla riserva. In questo ruolo, non richiedendosi l'abilità fisica incondizionata, può esser promosso tenente.

All'abb. n. 8990:

I medici, come tutti gli ufficiali delle altre armi e corpi, possono leggere le circolari sul *Giornale militare ufficiale* che giunge ad ogni Comando di divisione e di reggimento, e che i detti comandi *non possono* rifiutare di far leggere agli interessati. La circolare che riguarda il passaggio alla riserva degli ufficiali di complemento e di milizia territoriale porta il n. 397, dispensa 40ª del G. M. (15 giugno 1917).

Al dott. P. C., da S. L.:

I medici *riformati* delle classi '70-'75 non sono stati richiamati in servizio.

All'abb. n. 2154:

Un *distaccamento* presuppone un *Comando di distaccamento*. Un aggruppamento di soldati alle dipendenze di un Comando locale, che a sua volta dipende da altro Comando di maggior grado gerarchico dello stesso reggimento, situato in località diversa, costituisce il distaccamento. Finchè tale formazione è rimasta, è rimasto il *distaccamento*.

All'abb. n. 8336:

Attualmente sono in esame i titoli dell'ultimo concorso i cui termini si sono chiusi il 5 marzo u. s.

All'abb. n. 6114:

Il collega avrebbe già l'anzianità ad essere promosso pur passando nei ruoli della riserva.

Tale promozione però sarà sempre subordinata ad una proposta di avanzamento che per lui dovranno fare le autorità dalle quali dipenderà, se lo riterranno idoneo alla promozione.

All'abb. n. 3088:

In base all'articolo 46 dell'attuale Elenco ha diritto alla riforma.

All'abb. n. 8806:

Il collega può sempre chiedere di essere sottoposto a una visita collegiale per comprovare la propria idoneità.

Al dott. E. P., Zona di Guerra:

La promozione dopo nove mesi di servizio di cui quattro trascorsi al fronte non è un diritto, è soltanto una condizione per essere proposto.

Se le autorità da cui allora il collega dipendeva non crederono opportuno inviare gli specchi di avanzamento, tale condizione non può ora aver valore per infirmare l'altra disposizione che per la promozione occorra la idoneità incondizionata.

Al dott. N. T., Zona di Guerra:

L'indennità di primo equipaggiamento agli ufficiali nominati effettivi è abrogata.

Per tutti i mobilitati esiste l'indennità di entrata in campagna, siano essi effettivi o no.

Al dott. G. F. C.:

Esiste un regolamento sull'uniforme.

I comandanti dei reparti non possono imporre ai medici le mostrine del riparto, anzichè quelle amaranto prescritte per la sanità militare.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Cesare Agostini, direttore del Manicomio Provinciale e del Reparto Nevrologico Militare, è stato dal Ministero della Guerra nominato *Consulente per le malattie nervose e mentali dell'Armata della Carnia*.

Ordine della Corona d'Italia.

Ufficiale: prof. dott. Gambarotta Giovanni.

Ufficiale: prof. Martinelli Vittorio, libero docente di clinica chirurgica a Napoli, primario nell'Ospedale Loreto, direttore dell'Ospedale della C. R. di Salerno.

Cavalieri: prof. Bazzicalupo Guglielmo, libero docente di semeiotica medica a Napoli; Trevisanello Giovanni, da Genova.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valore militare
per la campagna di guerra 1915-1916.

MEDAGLIA DI BRONZO

Bocchetti Federico, da Monteverde (Avellino) tenente medico reggimento bersaglieri. — Uscì varie volte arditamente, dalle trincee, per soccorrere feriti e ritirare cadaveri, incurante del fuoco nemico. — Monte Kuk (Plava), 16 agosto 1916.

Sorge Emanuele, da Napoli, sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Con grande serenità, provvedeva a prestare le cure ai numerosi feriti che affluivano al posto di medicazione battuto dal tiro nemico. Si portava, poi, con slancio e grande spirito di abnegazione, fin presso ai reticolati avversari per curarvi i feriti non trasportabili e provvedeva al loro riparo fino al calar della notte, durante la quale effettuava lo sgombero di tutti i feriti ed il seppellimento dei morti sul campo. — Piccolo Lagazuoi, 27 ottobre 1915.

Bognetti Mario, da Caserta, sottotenente medico reggimento alpini. — Richiesto d'urgenza per soccorrere un cannoniere ferito che non poteva essere allontanato dal pezzo a causa del preciso e nutrito fuoco dell'artiglieria nemica, accorreva prontamente, e, giunto prezzo la zona battuta, per non esporre la vita del proprio aiutante che lo accompagnava, si caricò sulle spalle lo zaino di sanità e da solo recavasi al pezzo a prestare la sua opera. — Galeria, 4 novembre 1915.

NOTIZIE DIVERSE

Congresso idrologico interalleato nel Principato di Monaco.

Prima dell'inizio della guerra era stato indetto un Congresso internazionale di talassoterapia da tenersi a Monaco (Principato). Il Comitato organizzatore di Parigi ne ha ora estesa la finalità, intitolandolo: Congresso di Monaco per la espansione delle stazioni termo-minerali, climatiche e balneari delle nazioni alleate ed amiche. Del Congresso, che si terrà al più presto possibile, è stato designato presidente il senatore professore Edoardo Maragliano. Il Comitato italiano è costituito dai professori: Bozzolo e Vinai di Torino, Vittorio e Dario Maragliano di Genova, Devoto e Burgnozio di Milano, Lucatello di Padova, Oreffice di Venezia, Barduzzi di Siena, Baistrocchi di Parma, Baduel di Firenze, Fedeli di Pisa, Casciani di Roma, De Renzi, Marfori, Gauthier e Striano di Napoli, e del segretario dott. Jorio.

Per le Cliniche Universitarie a Messina.

Ha avuto luogo a Messina una riunione delle principali autorità, presieduta dal sottosegretario di Stato alla P. I. on. prof. Roth, per discutere in merito alla istituzione delle Cliniche Universitarie.

Si è stabilito di adibire all'uopo provvisoriamente

il Grand Hôtel Regina Elena, e di impiantare le cliniche definitive, col concorso degli enti locali, su adatta area già occupata temporaneamente dalle scuole comunali.

Nel giornalismo medico.

La direzione della *Riforma Medica* verrà assunta da due illustri Maestri, i proff. Antonio Cardarelli e Edoardo Maragliano, in seguito a designazione fatta dal compianto prof. Gaetano Rummo.

Il prof. Michele Landolfi lascia il posto di redattore-capo, cui aveva atteso con assiduità ed intelligenza; ma continuerà a prestare la sua opera al periodico come collaboratore.

Al posto di redattore-capo subentra il prof. Andrea Ferrannini, un benemerito della *Riforma Medica*.

Per i nostri soldati ciechi.

Come dal nostro fasc. 24, p. 783, avevamo fatto rimessa della somma di lire 70, a favore dei militari ciechi di guerra, al prof. G. Romagnoli, direttore della Scuola di Rieducazione per i ciechi in Roma. Nell'accusarcene ricevuta, egli ci prega di esprimere i sentimenti di gratitudine e di riconoscenza dei ricoverati al dott. Giuseppe De Renzi, e per suo mezzo agli ufficiali degenti nell'Ospedale degli Angeli in Verona, i quali hanno attuato la benefica sottoscrizione.

Assicurazione degli operai addetti agli stabilimenti ausiliari.

Dopo lunghe discussioni sembra che debba essere risolta in senso affermativo la questione dell'applicabilità agli operai degli stabilimenti dichiarati ausiliari della disposizione contenuta nell'art. 18 della legge (testo unico) 31 gennaio 1904, secondo la quale debbono essere assicurati presso la Cassa Nazionale Infortuni tutti gli operai addetti a lavori, imprese o stabilimenti condotti direttamente dallo Stato, dalle Provincie, dai Comuni o da essi dati in concessione o appalto.

Revisione degli Elenchi delle imperfezioni o infermità causa l'inabilità militare.

La Società di Medicina Legale nelle adunanze del 23 e 30 giugno, sotto la Presidenza del Tenente Generale Medico Perrero di Cavallerleone, in occasione di una comunicazione del prof. S. Ottolenghi, dopo ampia discussione, ha votato il seguente ordine del giorno:

«La Società fa voti che nel determinare l'idoneità al servizio militare di un iscritto si tenga conto non soltanto dell'idoneità assoluta a qualunque servizio militare di 1a linea ma anche della idoneità relativa ai diversi servizi di retrovia o territoriale, tenendo conto delle attitudini speciali dell'individuo in relazione anche alla professione, arte o mestiere, stabilendo cioè una idoneità assoluta al servizio militare in genere e una idoneità a servizio ausiliario distinto in diverse categorie a seconda del grado della imperfezione o malattia esoneranti dal servizio di 1a linea.

Un medico e un soldato condannati per simulazione d'infermità.

Al Tribunale di guerra di Ancona è stato recentemente discusso un importante processo contro un marchese, soldato di artiglieria, ed il dottor Ugenti Pietro Vincenzo, medico chirurgo da Bari, imputati il primo di essersi nel mese di settembre del 1916 in Bari, mediante una infezione, procurata maliziosamente una incapacità temporanea al servizio militare, il secondo di correità nel reato ascritto al primo per avere praticata la iniezione stessa.

Il Tribunale ha condannato il soldato, marchese Pappalepore, ad un anno di carcere militare, ed il dott. Ugenti a sei mesi della stessa pena, computato per entrambi il sofferto.

Congresso di farmacisti.

Si è tenuto a Roma un congresso dei farmacisti d'Italia, per discutere in merito alla tassa sulle specialità farmaceutiche. Alla riunione è intervenuta anche la Commissione di azione nominata dall'assemblea dei fabbricanti e commercianti di prodotti chimici e farmaceutici. Sono pervenute al Comitato del congresso oltre 150 adesioni.

È stato elaborato un memoriale da presentare al Ministro delle finanze.

Il Ministero della salute pubblica in Austria.

L'imperatore Carlo, con autografo diretto al presidente del consiglio austriaco, ha istituito un nuovo ministero, per l'igiene e provvedimenti sociali. È una delle tante stridenti contraddizioni con un programma freddamente seguito, di offese alla vita umana e al benessere sociale.

Indice alfabetico per materie.

Acqua termale dei bagni di Casciana: ricerche . . . . . Pag. 892
Arteria poplitea: nuovo processo per l'allacciatura . . . . . » 888
Autolesioni dentali . . . . . » 889
Bile: ricerche . . . . . » 892
Elettro-vibratore del Bergonié: nuova applicazione . . . . . » 888
Ferite addominali di guerra . . . . . » 890
Guerra e pace . . . . . » 896
Infanzia: provvedimenti . . . . . Pag. 895
Noma: trattamento con esito in guarigione » 884
Psoriasi: nuovo metodo di cura . . . . » 894
Sindromi emorragiche fra le truppe operanti 873, 879, 893
Stomatite purulenta epidemica . . . . » 893
Turno: sempre a proposito del . . . . » 896
Zolfo colloidale per iniezioni endovenose nel reumatismo articolare acuto . . . » 892

Roma, 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, resp.

Anno XXIV. *Roma, 15 luglio 1917* Fasc. 29

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Servizi sanitari: R. Alessandri: Ancora per un migliore ordinamento del servizio chirurgico al fronte. — **Lavori originali**: V. Artom di Sant'Agnese: Il drenaggio filiforme nella cura della mastite puerperale. — **Riviste sintetiche**: G. Dragotti: Dei disturbi nervosi di origine riflessa. — **Note e contributi**: A. Parasporo: Sulla cura delle ustioni e congelazioni: ambrina, paraffina e catrame vegetale. — **Accademie, Società mediche, Congressi**: XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA E TERAPIA: La spondilite sifilitica. — Leucoplasia commisurale e sifilide. — Il trattamento della blenorragia acuta. — MEDICINA SCIENTIFICA: I batterî filtrabili. — **Posta degli abbonati**. — **Cenni bibliografici**. — **Varia**.

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari**. — Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie. — **Risposte a quesiti e a domande**. — **Nomine, promozioni ed onorificenze**. — **Albo d'oro**. — **Notizie diverse**. — **Indice alfabetico per materie**.

SERVIZI SANITARI.

Ancora per un migliore ordinamento del servizio chirurgico al fronte.

Prof. ROBERTO ALESSANDRI.

Nell'articolo pubblicato da me e R. Bastianelli sul nu. 13 del *Policlinico* (Sez. pratica) cercammo di dare uno schema di come converrebbe organizzare il servizio chirurgico di prima linea nell'intento di dare un'unità di indirizzo alla cura dei vari feriti.

La nostra proposta — come del resto prevedevo — è rimasta lettera morta.

Da qualche raro commento pubblicato su di essa, e più dalle critiche orali udite da varie parti, pare che non riesca ben accetta specialmente l'idea di stabilire un direttore tecnico responsabile del servizio chirurgico di ciascun settore; e ciò sia per la difficoltà di trovare persone di autorità sufficiente per imporre a tutti i chirurgi della zona un'unità di indirizzo e di criteri curativi, sia per la pretesa *diminutio capitis* che ne deriverebbe ai direttori di sanità militare.

Pur convinto della poca fondatezza di queste obiezioni, ma ben sapendo come costituiscano un ostacolo io credo insormontabile altuazione dei miglioramenti richiesti, mi per-

metto ritornare ancora sull'argomento, e ciò per due ragioni.

Prima, perchè dovendo essere nostro continuo sforzo di perfezionare più che è possibile i servizi sanitari di prima linea e specialmente i chirurgici, tenendo conto dell'esperienza dolorosa e continuativa degli altri e nostri, se non può ottenersi il massimo, cerchiamo almeno di ottenere la soppressione degli inconvenienti più gravi.

Seconda, e più importante, perchè se il servizio chirurgico in zona di guerra è suscettibile di essere migliorato, occorre far presto: i provvedimenti devono essere presi finchè vi è tempo, e i più solleciti possibili a vantaggio dei nostri soldati feriti; altrimenti si corre rischio di decidersi ad attuarli quando non serviranno più.

*
* *

La nostra organizzazione risente sempre del difetto originale di essere stata disposta e preparata quando non si aveva alcuna idea di quello che poteva essere la guerra odierna; e come l'andamento di essa e l'uso di nuovi mezzi di difesa e di offesa ha rivoluzionato tutti i criteri direttivi della strategia e della tattica militare, così la diversità delle lesioni, il numero dei feriti, la differenza nei mezzi di trasporto, i mutati concetti terapeutici avrebbero dovuto cambiare radicalmente anche l'organizzazione dei soccorsi.

Parecchio s'è fatto, dobbiamo riconoscerlo, ma a mio parere si potrebbe fare di più, e soprattutto mutare gli organi e la disposizione di essi in corrispondenza delle cambiate condizioni di fatto.

La base del servizio erano e sono oltre i posti reggimentali e le sezioni di sanità, gli ospedaletti e ospedali da campo, e gli ospedali di tappa; scarse sono le formazioni speciali aggiunte come le ambulanze chirurgiche.

Prendendo per esemplificazione l'andamento del servizio in un corpo di armata, vediamo come durante un periodo d'azione, i feriti che ricevono soccorso sommario nei posti reggimentali affluiscono alle rispettive sezioni di sanità.

Qui i feriti dovrebbero trovare un primo soccorso adeguato, specialmente per i casi più urgenti, e si dovrebbe provvedere al ricovero dei feriti giudicati intrasportabili; tutti gli altri devono essere smistati sulle formazioni successive.

In realtà, specie durante un'azione intensa, con afflusso incessante e numeroso di feriti, il soccorso chirurgico attivo operatorio pei feriti più urgenti si riduce necessariamente a ben poco, e l'ufficio della sezione in massima si compie arrestando i gravissimi giudicati intrasportabili, e provvedendo al rapido sgombro degli altri.

Questi secondo gli ordinamenti oggi stabiliti sono variamente diretti, i più gravi, in genere cavitarî, ad un'ambulanza chirurgica se esiste nel corpo d'armata, o a qualche ospedaletto più avanzato, dove si trovi qualche abile chirurgo per lo più uno, raramente due; tutti gli altri negli ospedaletti e ospedali disseminati nella zona, nei quali per forza di cose o non esiste chirurgo o al più ve ne è uno per ciascuna unità: s'intende che non metto in conto gli altri medici spesso numerosi dell'ospedaletto, che pur essendo medici-chirurgi secondo il diploma di laurea, di chirurgia non hanno pratica alcuna.

I feriti più gravi, specie quando nel settore esista un'ambulanza chirurgica o un ospedale mobile della Croce Rossa, trovano subito soccorso adeguato. Resta la questione della spedalizzazione, poichè sappiamo come questi feriti, operati o meno, debbono possibilmente essere spedalizzati, e non possono essere sgomberati indietro che dopo vari giorni, quando il trasporto non riesce più nocivo; ma questa non è difficoltà insormontabile e già in parecchi settori si è provveduto a sufficienza.

Se non esiste ambulanza chirurgica i feriti gravi sono mandati o indifferentemente insieme agli altri negli ospedaletti più vicini, o solo in qualche settore è disposto, che vengano preferibilmente inviati in uno o due avanzati, dove vi sono chirurgi capaci di soccorrerli. In genere però nè l'ordinamento di questi ospedaletti è in tutto predisposto per queste gravi operazioni, nè vi si accolgono soltanto i feriti da operare d'urgenza, con grave danno specie nei momenti di viva azione, quando è maggiore l'affollamento e il sovraccarico di lavoro.

Tutti gli altri feriti di gravità media o leggeri sono diretti ai vari ospedaletti del settore, ove affluiscono per lo più in determinate ore, trasportati in automobili con barelle o con posti a sedere. Questi feriti dopo un percorso dalla sezione di sanità che in genere varia fra i venti minuti e un'ora, sono scaricati e visitati.

Nei periodi di azione intensa ne arrivano cinquanta, cento, talora duecento e anche più in un giorno; vi è spesso difficoltà anche a dare a ciascuno un letto od una branda.

Per quello che riguarda l'opera chirurgica, questi feriti vengono solo in parte medicati; l'unico chirurgo che per forza di cose, come si è detto, è nell'ospedaletto, fà quel che può, certamente non può vederli tutti; spesso perciò è costretto a limitarsi a medicature rapide, già

per forza di cose fatte sommariamente alla sezione di sanità e ripetute in modo simile all'ospedaletto; non si tratta quasi mai di soccorso vero e proprio, col trattamento adeguato moderno della ferita, per mancanza di tempo, per mancanza di ambiente opportuno, per mancanza di personale adatto. Molti dei feriti, e spesso non è gran male, non vengono medicati.

Il giorno dopo tutti questi feriti, salvo rare eccezioni, devono lasciare l'ospedaletto; dato il continuo arrivo di nuovi feriti, è necessario fare il posto ai nuovi; del resto gli ordini di sgombero sono tassativi. Sappiamo tutti in zona di guerra, come la preoccupazione massima, direi quasi l'idea fissa, dei direttori di sanità e dei capi ufficio divisionali è lo sgombero, tanto che vi sono punizioni per chi non sgombera presto e molto e lodi per chi fa il contrario.

È chiaro che tutti cerchino perciò di sgomberare il più possibile, e il ferito che ha fatto una rapida apparizione nell'ospedaletto, ripete il giorno dopo la sua *via crucis*, issato e poi tirato giù da un camion-automobile, dopo una mezz'oretta o un'ora di percorso per avere nella nuova unità le stesse efficaci cure già avute nella prima.

Questa è la ragione, per cui si vedono feriti con lesioni originariamente non gravi, sballottati per quattro, sei e anche più giorni attraverso formazioni sanitarie, dove non trovano mai una medicazione definitiva, e che arrivano all'ospedale di tappa dove, forse, potranno essere ricoverati per qualche tempo senza timore di ordini improvvisi di sgombero, e dove troveranno finalmente un soccorso chirurgico adatto, ma evidentemente non più così efficace, come avrebbe potuto esserlo se apprestato a breve distanza dal ferimento.

Ciò spiega anche come negli ospedali arretrati e persino negli ospedali territoriali si vedono arrivare soldati colla ferita in genere infetta e spesso gravemente infetta, con corpi estranei anche grossolani e facilmente asportabili, ritenuti, con fratture non ridotte o mal ridotte e così via.

È tutto ciò un ordinamento perfetto o semplicemente buono del servizio chirurgico? E non è possibile migliorarlo?

*
* *

Dobbiamo partire dal principio, che è oggi stabilito dall'esperienza scientifica e pratica, che le ferite di guerra, specie quelle da proiettili di artiglieria che sono le più frequenti e tendono ad aumentare sempre più di numero, e anche quelle da proiettili piccoli camiciati (fucile, mitragliatrice, ecc.), in cui le lesioni anatomiche si accostano alle prime (e sono moltissime per varie condizioni) si debbono considerare come tutte infette o meglio contenenti gli elementi per lo sviluppo di infezioni.

Che però se queste ferite sono opportunamente trattate nelle prime ore, dieci o dodici e anche ventiquattro, vi è tutta la probabilità che le infezioni non si sviluppino, o decorrano in modo lieve.

Dobbiamo dall'altra parte considerare che oggi i trasporti dei feriti si fanno non più colle barelle a ruote o colle carrette di un tempo, che non dovrebbero più neppure far parte delle dotazioni degli ospedaletti e delle sezioni di sanità, ma con carri automobili, opportunamente equipaggiati, e di cui oggi abbiamo abbondanza a disposizione e che possono opportunamente ancora aumentarsi.

E allora viene spontanea l'osservazione, che tante volte mi sono rivolto in zona di guerra in periodo d'azione: a che giova che tanti feriti giornalmente vengano trasportati per un tratto breve, fermati e scaricati, per riprendere poi la loro strada il giorno dopo, e di nuovo essere fermati e scaricati, dopo un altro breve percorso, e così di seguito per arrivare all'ospedale di tappa della città più vicina dopo 4, 5 o più giorni, dove invece sarebbero potuti giungere immediatamente sin dal primo giorno, con un percorso in automobile di non più di due o tre ore, trovando subito definitivo ricovero e riposo sopra un buon letto in ambienti opportuni e soprattutto un soccorso chirurgico adatto e ben altrimenti efficace?

*
* *

Una delle obiezioni che più spesso si fanno a chi lamenta la deficienza del servizio chirurgico in zona di guerra, è che il numero dei chirurgi in Italia è limitato, nè è possibile improvvisarne degli altri, e che quindi necessariamente occorre contentarsi di quello che si può fare con quel dato numero a disposizione.

Ora mi pare aver dimostrato che questo contingente di chirurgi è male utilizzato; non si può adibire più di un chirurgo ad ogni ospedaletto — ve ne sono di quelli che non ne hanno nessuno — e siamo d'accordo; ma io sostengo che anche quell'uno è sciupato. L'ospedaletto nel senso che ho sopra esposto non compie funzione utile pei feriti; l'unico chirurgo non può espletare in modo adatto la sua opera senza assistenti e con afflusso eccessivo di feriti, che devono essere subito sgomberati. Non vi è responsabilità personale nè interesse chirurgico nella vicenda rapida e continua di feriti, cui gli ordini dell'autorità sanitaria-militare non provvedono tanto sì prestino cure oppor-

tune, quanto vengano burocraticamente catalogati e rapidamente sgombrati, con vantaggio loro e del servizio più apparente che reale.

Se così è — e chi è stato in zona di guerra dovrà convenirne — io credo che frattanto una modificazione proficua del servizio chirurgico dovrebbe essere la seguente:

Si mantengano le sezioni di sanità, a cui affluiscono i feriti dai posti reggimentali, e si affidino ad esse prevalentemente funzioni di smistamento.

Ad esse sezioni deve però essere annesso un piccolo reparto chirurgico, per compiere gli atti operatori più urgenti sui feriti più gravi, per cui anche un breve trasporto sia dannoso (emorragie, asfissie, alcuni toracici, alcuni addominali, ecc.). A questo scopo rispondono egregiamente le piccole baracchette operatorie, di cui sono state ora dotate le ambulanze chirurgiche: la baracca tipo Sarzotto è stata opportunamente dalla Commissione di allestimento modificata in modo da poter essere divisibile in due, e ognuna, anche soltanto con due chirurgi, potrà funzionare presso ciascuna delle due Sezioni di Sanità divisionali del Corpo di Armata.

S'intende che alla sezione di sanità continuerà sempre ad essere unito un locale per ricovero, che servirà agli operati e a quelli gravissimi anche non operati che non posono essere trasportati.

A distanza possibilmente breve dalla sezione di sanità venga situata un'Ambulanza Chirurgica, o se questa manca un'Ospedaletto specializzato, cioè fornito dei mezzi opportuni per compiere gravi operazioni e con personale di almeno tre chirurgi.

A queste unità dalla sezione di sanità devono essere inviati il più sollecitamente possibile i feriti gravi, cui sarebbe dannoso un trasporto prolungato (addominali, toracici, cranici, spinali, fratturati specie della coscia, ecc.), i quali troverebbero immediatamente il soccorso adeguato, e dovrebbero naturalmente essere ospedalizzati sul posto, finchè non fosse possibile e senza danno lo sgombero ulteriore.

Predisponendo le Ambulanze Chirurgiche o gli ospedaletti specializzati nelle località più adatte e fornendoli di mezzi di ricovero abbondanti, anche in momenti di azioni intense, che del resto sappiamo per esperienza non durano a lungo, ho la convinzione che si potrebbe evitare la necessità di sgomberi eccessivamente solleciti e tumultuosi, con grande vantaggio dei poveri feriti gravi.

Tutti gli altri feriti (la massima parte delle ferite delle parti molli e moltissimi fratturati) che costituiscono come è noto il numero soverchiante durante le azioni — molti di essi leggerissimi — dovrebbero essere, dopo medicati e opportunamente sistemati con apparecchi provvisori nella Sezione di Sanità, subito inviati a mezzo di vetture automobili, in barelle se necessario, seduti gli altri, agli Ospedali fissi del centro più vicino.

Si tratterebbe di far percorere a questi feriti non più di 20, 25, al massimo 30 o 40 chilometri di strada camionabile, che anche tenendo conto della opportunità di procedere a piccola velocità e di ingombri possibili, non possono richiedere più di due o al massimo tre ore di tempo.

Ma questi feriti arrivati alla città e agli ospedali opportunamente là predisposti, troverebbero immediatamente la sosta di riposo desiderata ardentemente da questi poveri feriti dalle carni doloranti e soprattutto troverebbero il soccorso chirurgico *definitivo*, che darà il risultato migliore possibile per essere portato a distanza breve dal ferimento, da personale esperto — si possono concentrare in questi ospedali tutti i chirurgi ora disseminati nei diversi ospedaletti — e che assume la responsabilità della cura, perchè il ferito non dovrà essere sgomberato sotto la necessità dell'afflusso e per gli ordini tassativi imperiosi, come ora accade negli ospedaletti della zona.

*
* *

I vantaggi che a mio parere risulterebbero da un ordinamento così fatto sarebbero molteplici:

risparmio di materiale di medicatura, di cui oggi si fa uno spreco eccessivo ed inutile;

risparmio di benzina per i trasporti resi molto più diretti e solleciti, senza soste, ritorni e andirivieni per i vari ospedaletti disseminati spesso in larga zona;

risparmio di personale, e abolizione di cartelli, cartellini, schede, elenchi, statistiche, che vengono ora ripetuti e ricompilati in fretta e con dispetto per la perdita di tempo;

migliore utilizzazione e distribuzione dello scarso contingente di chirurgi, da cui si potrebbe così esigere un rendimento certamente di molto maggiore;

e infine e soprattutto un vantaggio enorme *per la cura* dei feriti, che deve essere il punto più importante da tenere di mira, al di sopra — a me sembra — di ogni preoccupazione logistica di sgombero, che è oggi l'assillante e l'unico scopo cui si sacrifica tutto, e che del resto colla proposta fatta verrebbe in massima parte semplificato, allontanando subito dalla zona delle operazioni i feriti trasportabili, e limitando il problema del ricovero ai soli gravi, il cui numero è sempre relativamente ristretto.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA OSTETRICO-GINECOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
diretto dal prof. E. PESTALOZZA.

Il drenaggio filiforme nella cura della mastite puerperale (1)

per il dott. V. ARTOM DI SANT'AGNESE, aiuto.

Il drenaggio filiforme consiste, secondo la definizione del chirurgo francese Chaput che lo ha ideato, «nel favorire l'uscita di liquidi provenienti da piaghe, ascessi, fistole o cavità normali o patologiche mediante fili di varia natura e volume» (2).

L'autore usa per questo suo metodo crine di Firenze, fili di seta o metallici e anche candelette uretrali del diametro da 3 a 7 mm. Attraversa con i fili da una parte all'altra la cavità da drenare o vi introduce una asticella semi-rigida, piena come le candelette. Per passare i fili fa delle piccolissime incisioni cutanee con un bisturi o adopera degli aghi.

Lo Chaput attribuisce al suo metodo meriti non indifferenti: egli ricorda che con gli altri sistemi le secrezioni non possono sempre defluire bene fra il drenaggio e i margini della piaga, perchè questi si tumefanno e si applicano strettamente contro il drenaggio, oppure se si tratta di tubi sono sovente ostruiti da grumi di sangue o da fibrina, mentre le garze si disseccano all'esterno e fanno da tappo; ed afferma che invece questi fili pieni drenano costantemente bene, perchè passano attraverso orifizi che rimangono sempre assai ampî rispetto alle loro dimensioni, non contengono spazi morti, non favoriscono l'ingresso dell'aria, infine non sono dolorosi nè fan sanguinare le piaghe come accade dei tubi.

L'autore, che ha sperimentato il suo sistema nei casi più svariati, afferma di avere ottenuto brillanti e rapidi risultati negli ascessi freddi e caldi di parti molli, negli ascessi perianali, nelle fistole anali, nonchè nelle infezioni acute delle guaine tendinee della mano, delle articolazioni, in alcuni casi di raccolte purulente pleuriche e persino in casi di peritoniti acute o tubercolari.

In poche parole egli afferma «di ottenere la guarigione di tutte le piaghe e cavità asettiche o infette con rapidità invero straordinaria».

Per ciascuna delle diverse indicazioni variano i dettagli della tecnica pur rimanendo sempre rispettato il principio.

Così per gli ascessi caldi e freddi delle parti molli se sono uniloculari si attraversa con un filo la sacca nel suo diametro maggiore. Il filo, venendo in questi casi introdotto mediante aghi aguzzi come quello di Reverdin ne residuano cicatrici puntiformi e quasi invisibili.

Se gli ascessi presentano diverticoli multipli occorre drenare ogni diverticolo con un filo che l'attraversi.

Lo Chaput parla di 50 ascessi freddi o caldi delle più svariate regioni collo, inguine, membra, pareti addominali, mammelle curati tutti con successo: qualche caso ribelle da principio per la presenza di diverticoli multipli o di corpi estranei guarì rapidamente eliminando la causa che manteneva la suppurazione.

Per quanto l'entusiasmo che lo Chaput dimostra per questo suo metodo sia tanto da suscitare a chi legge di così mirabili risultati il dubbio che la paternità possa in qualche misura alterare l'esattezza della loro valutazione, pure di fronte ad affermazioni tanto precise non si può senza prova contraria negarvi credito: d'altra parte i vantaggi sarebbero davvero notevoli.

Queste considerazioni oltre la semplicità del metodo e la sua evidente innocuità nei casi di ascessi acuti mi indussero a sperimentarlo nelle unità sanitarie militari presso le quali prestavo servizio quando comparve l'articolo dello Chaput e nei mesi seguenti (1). Vi ricorsi quindi in un caso di bubbone inguinale, in altro di ascessi multipli da iniezioni di chinino delle regioni glutee ed in un ascesso della mano seguente ad infezione di una ferita superficiale di un dito. Quest'ultimo come anche il bubbone guarirono rapidamente senza dover ricorrere ad incisioni. Degli ascessi da chinino che erano due, unò per ogni regione glutea, ambedue assai vasti con evidente fluttuazione uno si svuotò e guarì rapidamente, non così l'altro per il quale, nonostante lo svuotamento parziale persistendo la suppurazione si dovette ricorrere dopo alcuni giorni ad una vasta incisione che permise di scoprire delle saccocce che occorse sbrigliare ampiamente una per una.

Probabilmente furono queste la causa dell'insuccesso in questo caso.

Lo Chaput parla anche di ascessi della mammella da lui guariti. Per questi, quando la sede

---

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia medica di Roma nella seduta del 25 marzo 1917.
(2) Presse médicale, n. 12, 1916.

(1) I casi seguenti furono da me osservati nell'ospedale contumaciale di Pordenone e nell'ospedaletto da campo n. 43.

è poco lontana dal solco sottomammario, egli pratica due piccole incisioni nel solco stesso e attraversa l'ascesso con un filo i cui capi escono dalle incisioni cutanee. Quando invece la sede è lontana dal solco, suole praticare una piccola incisione sotto la mammella in corrispondenza dell'ascesso e, penetrando con una pinza aguzza, apre il polo postero-inferiore dell'ascesso, introducendovi poi una candeletta che taglia e ferma con una spilla chiusa a raso della pelle.

Quando gli ascessi hanno dei diverticoli multipli, essendo difficile drenarli tutti attraverso il solco sottomammario, introduce varî fili attraversanti a tutto spessore la mammella dalla faccia cutanea prossima all'ascesso sino al solco sottomammario.

Il potere evitare la incisione di un ascesso della mammella è certo un grande vantaggio. La cicatrice che residua dall'incisione può determinare un disturbo permanente nella funzione dell'allattamento. Inoltre, a parte il dolore dell'operazione che può essere evitato con l'anestesia, rimane quello delle medicature che devono essere di necessità minuziose e si protraggono talora per parecchie sedute. Cosicchè un procedimento che non lasciasse che cicatrici insignificanti e riducesse al minimo il dolore sarebbe da considerare sommamente utile.

Perciò visto gli effetti soddisfacenti ottenuti nelle prove fatte in altre regioni del corpo mi ero proposto di sperimentare il drenaggio filiforme sulla mammella alla prima occasione, pur avendo qualche dubbio sul risultato, perchè negli ascessi della mammella è assai facile riscontrare quei diverticoli, quelle saccocce che non son certo facili da individuare senza esplorare attraverso una incisione generosa.

L'occasione di provare il metodo mi si è presentata assai presto dopo il mio ritorno in Clinica ed anzi sulla stessa donna successivamente nelle due mammelle ed il risultato è stato veramente buono.

Si tratta di una donna ricoverata nel rep. d'isolamento della Clinica per complicanze febbrili del puerperio, che, in seguito a ragadi ed al deplorevole e diffuso vezzo di mettere la saliva sui capezzoli ammalati, alla fine della 3ª settimana di puerperio presentava alla mammella sinistra una raccolta superficiale in corrispondenza dell'areola e una infiltrazione profonda del quadrante inf. sinistro, un tipico ascesso a bottone di camicia.

Il 28 genn. si passa un primo filo d'argento di circa ½ mm. di diametro dall'alto al basso attraverso l'ascesso superficiale, dando esito ad abbondante pus.

Il 29, specillando attraverso il fòro superiore praticato nell'areola si trova un tramite che attraversa il quadrante infiltrato e porta sino sotto la cute al disotto della mammella. Si passa qui un altro filo sulla guida dello specillo, facendolo uscire in basso quasi in corrispondenza del solco sottomammario.

Si ha immediatamente sollievo della donna e graduale dileguarsi dei segni obiettivi: occorre mutare due volte al giorno le compresse intorno alla mammella perchè si bagnano di pus. Al 7° giorno si toglie il primo filo, al 19° il 2° e la donna riprende l'allattamento; l'orifizio dal quale usciva il filo si chiude rapidamente.

La mammella è indolente: però alla palpazione si sente nel quadrante inf. un certo ispessimento che si dilegua solo dopo alcuni giorni. Il filo avrebbe potuto essere tolto prima, perchè da molti giorni la secrezione era insignificante, ma fu appunto questo ispessimento dei tessuti, residuo dall'infiltrazione infiammatoria, che determinò il ritardo.

Durante questo tempo si ammalava l'altra mammella, la cui metà sinistra presentava da molti giorni un lieve aumento di consistenza e una certa dolenzia alla palpazione mentre la donna accusava trafitture.

È da notare che la temperatura caduta sotto 37 subito dopo l'uscita del pus dalla mammella sinistra aveva a varie riprese superato i 37 di qualche decimo.

La donna viene accolta di nuovo in clinica il 22 febbraio con febbre sino a 39 e la mammella destra gonfia, arrossata, dolente nei suoi quadranti interni.

Due giorni dopo la infiltrazione pare prevalente nel quadrante inf. sin. Si pratica qui una puntura esplorativa, estraendo pus dalla profondità di circa due cm. Si passa allora un filo sottile di bronzo alluminato attraverso la mammella dall'alto al basso circa un 3 cm. all'interno dell'areola, seguendo la direzione della puntura. Questo in data 24 febbraio.

Il 26 la donna è apirettica: il dolore quasi scomparso i segni flogistici assai attenuati. Persiste a gocciare pus dal tramite del filo.

Questo viene tolto in 9ª giornata per essere cessata la secrezione pur persistendo un certo grado di infiltrazione profonda del quadrante della mammella: senza la esperienza della mammella precedente tale infiltrazione persistente avrebbe trattenuto ancora più giorni dal togliere il filo.

Mentre nella prima mammella quindi il drenaggio è stato tenuto per 19 giorni e si sarebbe potuto togliere almeno una settimana prima, in questa seconda è stato tenuto solo nove.

Nei due casi, ricorrendo alla incisione, sarebbero occorsi tagli profondi, perchè si trattava di ascessi tutt'altro che superficiali, incisioni interessanti estesamente il tessuto glandolare che avrebbero richiesto ripetute medicature e sarebbero guarite con cicatrice raggiata profonda, tenendo fuori di funzione le mammelle per un tempo assai più lungo. Forse per il succedersi del processo nelle due mammelle la donna sarebbe stata costretta a rinunciare all'allattamento.

Sulle mammelle residuano ora solo piccolissime cicatrici quasi puntiformi e la funzione si è quasi perfettamente ripristinata.

La tecnica è semplice e con qualche esercizio si può migliorarla: p. es. mi pare che sosti-

tuendo al filo metallico un filo più sottile, come il crine di Firenze, si avrà qualche vantaggio, perchè il filo metallico ulcera un po' i margini del foro cutaneo ed è incomodo perchè si attacca alle garze e punge la pelle.

Come strumenti per guidare il filo ho adoperato altra volta un ago di Reverdin: nella mammella dovendo trafiggerla da parte a parte in mancanza di un ago chirurgico sufficientemente lungo mi sono servito di un ago da materassaio, che è un po' grossolano e più grosso del necessario. Con il crine di Firenze penso si potrebbe usare un ago da puntura lombare da servire di guida al filo che si può introdurvi entro come un mandrino e poi lasciare in sito, ritirando l'ago (1).

Son piccoli dettagli che conviene curare perchè non sono senza importanza per ridurre al minimo la sofferenza della paziente, sofferenza che è del resto incomparabilmente minore che con la incisione, nè richiede anestesia di sorta.

Non ho alcuna esperienza e nulla quindi posso dire del metodo dello Chaput applicato ad affezioni diverse da questi ascessi caldi delle parti molli o della mammella.

Ma in queste affezioni in base a quanto ho osservato non esito ad affermare che può il drenaggio filiforme rendere in taluni casi utili servizi, perchè assicura l'uscita del materiale purulento con il minimo di manipolazioni, di offesa dei tessuti e di sofferenza del paziente ed ottiene la scomparsa di fatti flogistici in tempo assai breve. Quando il risultato non sia rapidamente soddisfacente si è sempre in tempo a intervenire con l'incisione.

(1) Un secondo caso ho curato dopo la data della comunicazione.

Era una paziente privata del prof. Pestalozza nella quale egli volle che io applicassi il drenaggio filiforme.

Vi era un enorme ascesso con fatti generali imponenti e temperatura a 40°.

La apiressia si ottenne in 48 ore mediante il drenaggio con due fili metallici introdotti attraverso il lume di aghi da puntura lombare. Però vi furono nuove *poussées* febbrili per la esistenza di diverticoli e recessi ove si formarono tardivamente piccole raccolte purulente, che occorse drenare singolarmente.

In questi ultimi drenaggi usai crine di Firenze.

Nonostante la gravità del caso e l'esistenza di lembi necrotici, che si eliminarono a poco a poco attraverso i sottili fori e che protrassero alquanto la cura, il successo raggiunto è stato ottimo.

In questo caso fu coltivato il germe e constatato trattarsi di stafilococco piogeno aureo. Furono associate alla cura locale le iniezioni di autovaccino.

Pubblicheremo prossimamente:

V. CALÒ, *I feriti d'arma da fuoco degli arti.*

RIVISTE SINTETICHE.

Dei disturbi nervosi di origine riflessa.

Tra le varie manifestazioni morbose a carico del sistema nervoso, che la guerra con tragica generosità ha determinato, hanno uno speciale interesse le forme cui Babinski e Froment, che ne hanno fatto uno studio molto completo e dettagliato, dettero il nome di disturbi nervosi riflessi o fisiopatici.

In rapporto sopratutto alla varia interpretazione patogenetica ai disturbi stessi sono stati dati varî nomi: *main figée* (Meige), *paralisi globale della mano* (Pitres), *paresi paratoniche* (Marie e Foix), *acromiotonie* (Sicard), *contratture metapsichiche* (Rummo e Ferrannini).

I disturbi nervosi, di cui ci occupiamo, hanno questo di particolare, che non hanno i caratteri delle affezioni organiche del sistema nervoso centrale o periferico e delle lesioni dei grossi vasi, e d'altra parte non possono, a quanto affermano Babinski e Froment, classificarsi tra le manifestazioni isteriche, dalle quali oltre che per altri caratteri, differirebbero per la loro tenacità e la resistenza alla controsuggestione.

Si tratta di contratture e di paralisi posttraumatiche accompagnate, quando la sindrome è completa, da atrofia muscolare, esagerazione dei riflessi tendinei, modificazione dei riflessi cutanei, ipotonia, ipereccitabilità meccanica dei muscoli con lentezza della scossa muscolare, modificazioni quantitative dell'eccitabilità elettrica dei muscoli, ipereccitabilità meccanica e talora elettrica dei nervi, disordini della sensibilità obbiettiva e subiettiva (anestesia e dolori), disordini della temperatura e della vaso-motilità (cianosi, tinta rosso salmone, diminuzione dell'ampiezza delle oscillazioni alla periferia dell'arto quando la temperatura ambiente è bassa), disordini secretorî e trofici delle ossa e della pelle.

Questi sintomi formano combinazioni che variano secondo il loro numero, il modo d'associazione e l'importanza di ciascuno degli elementi costituenti. Ne risultano tipi clinici diversi, che però malgrado la loro dissomiglianza pare costituiscono una stessa famiglia e secondo alcuni autori rappresentano un'entità nosologica.

In ogni caso il fatto più importante e più evidente è il disturbo motore, che si può presentare clinicamente sotto aspetti diversi: contratture, stati paralitici ed ipotonici, stati paretici o semplici meiopragie, o spesso combi-

nazioni di paralisi e di contratture. Ma qualunque ne sia la forma, il disturbo motore il più delle volte è incompleto, parziale, limitato, e predomina di solito ad un segmento dell'arto e di preferenza alla sua estremità.

Le figure riprodotte dal lavoro di Babinski e Froment dànno un'idea delle forme che possono assumere queste contratture.

Sicard classifica le contratture della mano schematicamente sotto i seguenti gruppi:

a) *mano a pugno*: tutte le dita sono energicamente flesse nel palmo della mano;

b) *mano d'ostetrico*;

c) *mano a pila*: la palma della mano è incavata, le dita, compreso il pollice, sono addotte ed un po' flesse;

Fig. 1.

Fig. 2.

All'arto superiore sono in genere colpiti l'avambraccio e la mano. Si può avere contrattura dell'avambraccio in flessione e pronazione con paresi degli estensori della mano e contrattura dei flessori. Ne risulta una particolare deformazione, una figura angolare a Z, oppure flessione dell'avambraccio ed estensione forzata della mano (fig. 1). Tali disturbi possono coesistere con le diverse forme di contratture della mano, che nella maggioranza dei casi si presentano isolate.

Fig. 3.

Le contratture della mano e delle dita possono assumere le più varie e le più strane forme (fig. 2, 3, 6, 7).

Le varietà più frequenti sono le contratture in estensione della mano e delle dita, ma più frequente ancora è quella che dà alla mano l'attitudine classica di « mano da ostetrico », nella quale le dita estese sono ravvicinate e strette l'una all'altra a mo' di embrici (fig. 3).

d) *mano a collo di cigno*: la mano è flessa ad angolo acuto sull'avambraccio, mentre le dita sono estese;

e) *mano indicatrice*: contrattura delle ultime due dita con iperestensione dell'indice.

Agli arti inferiori i disturbi motori possono colpire il quadricipite, i muscoli dell'anca, della gamba e del piede (fig. 4 e 5)) Si può avere piede varo, varo equino, contrattura in estensione delle quattro ultime dita con paralisi flaccida dell'alluce (fig. 4).

Fig. 4.

Alla gamba si può avere contrattura in flessione o in estensione: in quest'ultimo caso si ha contemporaneamente piede varo. All'anca si possono avere contratture isolate dei muscoli della cintura pelvica spesso con rotazione esterna dell'arto inferiore (fig. 5).

I caratteri particolari di queste contratture e paralisi secondo Sicard sarebbero i seguenti:

1° la loro comparsa in seguito ad una ferita del tessuto cellulare, muscolare o osseo, indipendentemente da qualsiasi lesione dei tronchi nevrosi;

2° la loro diffusione ai territori muscolari vicini, indipendentemente dalla zona ferita;

3° la loro localizzazione più frequente alla estremità e sopratutto alle mani ed ai piedi;

4° indolenza quando l'attitudine ipertonica non è forzata, dolori parossistici al minimo tentativo di raddrizzamento;

5° l'aggravamento sotto l'influenza del massaggio, dell'elettricità applicata localmente, o della mobilizzazione diretta;

Fig. 5.

6° scomparsa sotto l'azione dell'anestesia generale e del laccio emostatico, e la ricomparsa immediata non appena cessata l'anestesia generale o l'ischemia locale;

7° il fatto che l'ipertonia può cedere parzialmente e del tutto transitoriamente alle manovre dolci;

8° l'odore persistente e penetrante di macerazione caratteristico, che talora emana dalle mani e dalle dita in contrazione;

9° la loro resistenza alla terapia classica ed anche alla contrazione prolungata mediante gli adatti apparecchi.

Oltre a questi sintomi grossolani i disturbi nervosi in questione sono caratterizzati dai sintomi già accennati al principio di questa rivista e sui quali Babinski e Froment insistono a giustificazione della loro teoria patogenetica. Sono questi segni che secondo i predetti autori darebbero una fisionomia propria a tali contratture e paralisi post-traumatiche differenziandole sia dalle paralisi dipendenti da lesioni organiche del sistema nervoso, sia da quelle di natura isterica o pitiatica. Conviene pertanto dare una descrizione per quanto è possibile dettagliata di tali sintomi. Essi sono:

1. L'esistenza di disordini vasomotori molto pronunziati, che non corrispondono ad un territorio nervoso ben definito e sono predominanti alle estremità.

La mano o il piede è di solito cianotico, marmorizzato o anche di un colore uniforme rosso salmone.

La più leggera pressione provoca un'ischemia locale, e la macchia bianca così prodotta scompare lentamente. Talora la cute, è leggermente infiltrata specie al dorso della mano, che assume un aspetto succulento; talvolta si ha un vero edema duro.

Fig. 6.

2. L'ipotermia locale è permanente e spesso molto pronunziata. Le determinazioni fatte con un apparecchio termo-elettrico dimostrano una differenza in temperature tra il lato malato e quello sano oscillante tra 4 e 8 gradi.

3. Talora esistono disturbi secretori: la pelle dell'estremità malata è umida e anche macerata. La figura 6 riproduce lo stato distrofico della cute.

4. I disturbi trofici sono molto importanti. Talora si ha atrofia globale della mano e delle dita. La radioscopia rivela un processo di decalcificazione delle ossa.

Quasi sempre esiste un certo grado di retrazione fibro-tendinea o musculare; le articolazioni, specie quelle delle dita, s'ingrossano, diventano dolorose ed assumono un aspetto simile a quello del reumatismo cronico.

Sono stati anche notati disturbi trofici delle unghie (fig. 7) ed ipertricosi.

L'amiotrofia è sempre molto pronunciata.

5. La pressione sistolica è uguale ai due

lati ma l'ampiezza delle oscillazioni è sempre minore al lato malato.

6. La ipereccitabilità meccanica dei muscoli dell'arto malato è il fenomeno che più ha colpito Babinski. È sopratutto marcata nelle forme paralitiche o paretiche, ma non manca nelle forme ipertoniche. Il fenomeno è più comune e più evidente nei piccoli muscoli delle estremità, tuttavia lo si può constatare anche nei muscoli della gamba, dell'avambraccio e nel quadricipite.

La percussione anche leggera delle masse muscolari determina un movimento di grande ampiezza che è spesso lento e sostenuto.

Fig. 7.

7. I riflessi tendinei non presentano apprezzabili differenze ai due lati. Durante la narcosi cloroformica però i riflessi dell'arto malato si esagerano fino al punto da poter determinare un clono della rotula anche quando i riflessi al lato sano siano spenti.

8. Le modificazioni della contrattilità elettrica sono puramente quantitative e non s'accompagnano a nessuno dei fenomeni della reazione degenerativa; consistono semplicemente in ipereccitabilità faradica e voltaica, fusione anticipata delle scosse, pur raramente leggera ipereccitabilità. Questa ipereccitabilità meccanica ed elettrica si riscontra anche sui tronchi nervosi, ma varia con la temperatura: se si sottopongono i due arti ad abbassamento artificiale della temperatura, la ipereccitabilità si accentua al lato malato, mentre con riscaldamento si attenua.

*
* *

Come già si è detto, i disturbi nervosi sopra descritti non possono mettersi in conto di una lesione organica del sistema nervoso, e, secondo Babinski e Froment, essi devono essere anche nettamente distinti dai fenomeni isterici o pitiatici, perchè sarebbero legati a disturbi fisiologici reali, il cui meccanismo per altro ancora oscuro avrebbe analogia con i disturbi riflessi che si verificano nelle lesioni osteo-articolari.

Secondo i detti autori i disturbi in parola sono analoghi a quelli descritti da Hunter nel 1839 e studiati sotto il nome di amiotrofie riflesse da Vulpian e Charcot. Quest'ultimo le interpretava come la manifestazione di uno stato di stupore o di esaltazione delle cellule dei centri spinali corrispondenti.

Babinski e Froment considerano possibile la ipotesi di Charcot, ma inclinano a pensare che data l'importanza dei disturbi vaso-motori e termici, che influiscono sullo stato dei muscoli, conviene attribuire al simpatico una partecipazione importante nella genesi di questo insieme di disturbi. Essi ritengono che tutti i fenomeni che accompagnano la contrattura sono dovuti ad uno spasmo vaso-costrittore prodotta da una irritazione riflessa che ha il suo punto di partenza in una lesione periferica. Tuttavia Babinski e Froment non indicano chiaramente il meccanismo di quest'azione patogenetica e si limitano a far rilevare il fatto che i disturbi non sono nè di natura organica, nè isterica, ma fisiopatici: essi insistono sopra tutto nella separazione di queste sindromi dai fenomeni pitiatici.

Le idee di Babinski e Froment non sono condivise dalla maggioranza degli autori che hanno avuto modo di osservare tali disturbi.

Léri e Roger pur facendo delle ampie riserve sulla possibilità che nella maggior parte dei casi si tratti di ben noti disturbi funzionali, pensano che le contratture possano essere determinate dalla persistenza di corpi estranei nella compagine dei muscoli o dei nervi provocandone la irritazione diretta, e che infine le contratture organiche possono anche verificarsi nei muscoli antogonisti ai muscoli paralizzati in seguito alla lesione di un tronco nervoso.

Meige e Benisty classificano le affezioni su descritte in quattro gruppi in rapporto alla loro patogenesi:

1° gruppo: *nevriti dolorose*. - Si tratta di leggere ferite dei nervi, specialmente del mediano e del cubitale, che determinano una leggera nevrite, spesso causalgica; 2° gruppo: *lesioni muscolari diverse*. - Si tratta di contratture dovute a ferite musculari od alla costrizione determinata da fasciature; 3° gruppo: *lesioni osteo-musculo-tendinee*. - Si tratta

di contratture determinate dall'applicazione di apparecchi di immobilizzazione; 4° gruppo: *main figée.* - Si tratta di ipertonie nelle quali il meccanismo patogenetico consiste esclusivamente nell'immobilizzazione. In genere tali disturbi sono consecutivi a piccole ferite. L'arto dapprima è immobilizzato a causa del dolore e della suppurazione; la rigidità determinata da questa immobilizzazione non è stata curata col massaggio o con altri mezzi fisioterapici; è stato semplicemente applicato un mezzo di contenzione, che a sua volta aumenta la rigidità, determina l'atrofia e poi la paresi di certi muscoli, specialmente quelli innervati dal radiale. Quando si leva l'apparecchio di contensione l'infermo continua scientemente o inconscientemente a tenere immobilizzato l'arto. Le lesioni articolari e muscolari si aggravano in conseguenza dell'immobilizzazione, del raffreddamento e delle altre condizioni provocate dalla cessata funzionalità dei muscoli. Sarebbe quindi sopra tutto la immobilizzazione la causa di tutti i disturbi. D'altra parte Meige osserva che ad aggravare la sindrome contribuisce lo stato mentale dell'infermo. Si tratta di uno stato mentale particolare, fatto di torpore, d'inerzia, a cui si aggiunge la preoccupazione ossessionante della propria infermità: gli infermi non la lasciano mai d'occhio, la proteggono con l'altra mano, la «covano», senza avere per altro alcuna sofferenza. Questa sollecitudine inquieta aggiunta alla loro passività inerte, all'assenza di disturbi organici e talora anche di ferite apparenti ha fatto spesso pensare che tali soggetti siano degli esageratori o dei perseveratori. Solitari, sospettosi, con lo sguardo inquieto, avari di gesti, in uno stato di perpetua vigilanza essi hanno per l'arto interessato un vero negativismo motore. Sembra che talora si sia in presenza di uno di quei casi di amnesia motrice localizzata che determinano degli stati di abulia per certi movimenti e la cui origine psicopatica non par dubbia.

Anche Claude, Camus, Thomas pensano che tutta la fenomenologia delle contratture e delle paralisi, che Babinski e Froment, attribuiscono a fenomeni riflessi, è sufficientemente spiegata dallo stato d'immobilizzazione in cui l'arto è tenuto sia dagli apparecchi di fasciatura, sia per volontà del soggetto. Si tratta di un'abitudine viziosa, di un'attitudine antalgica, che a sua volta per mancata funzionalità determina o aggrava le già esistenti lesioni articolari e muscolari, e le alterazioni vaso-motorie e trofiche di tutti i tessuti.

Tinel pensa che il fattore organico nei disturbi in quistione sia sempre una leggera lesione nervosa di natura nevritica. Ma questa lesione non è sufficiente, egli stesso dice, a spiegare la intensità di queste contratture, la loro tenacità, il loro aggravamento progressivo. Bisogna fare intervenire un fattore funzionale importante ossia l'inazione muscolare, l'immobilizzazione prolungata, l'inerzia morale che presentano tali malati. I sintomi hanno perfettamente il carattere organico; ma le circostanze della loro comparsa hanno qualche cosa di paradossale e d'illogico che li avvicinano ai disturbi funzionali isterici.

Rummo e Ferrannini ritengono che queste forme sono dovute all'atteggiamento di difesa che l'infermo assume al momento del trauma e che poi anche dopo conserva, alla posizione coatta in cui lo costringono gli apparecchi immobilizzanti, sopratutto alla mentalità la quale può far sviluppare l'azione di questi elementi patogeni per cui i detti autori chiamano metapsichiche queste contratture. In tali condizioni non tardano a prodursi alterazioni organiche del muscolo, che rendono le contratture permanenti.

Anche Bianchi Leonardo non accetta la teoria di Babinski. Egli ritiene un preconcetto la idea di Babinski, il quale considera come fenomeni isterici solo quelli che possono essere prodotti e dissipati dalla suggestione. Bianchi sostiene che le contratture in quistione sono di natura isterica e non riflessa. Egli riassume i caratteri di queste affezioni note come esse sono nella gran maggioranza dei casi circoscritte e segmentarie, limitate solamente alle dita della mano ed al metacarpo, al piede, alla gamba, alla coscia; oppongono diverso grado di resistenza alla riduzione; si associano spesso a disturbi di senso, che talvolta sono limitati alle parti contratte e cessano contemporaneamente alla contrattura; si accampagnano frequentemente ad ipotrofia dell'arto contratturato ed a diminuzione dell'eccitabilità elettrica; non implicano modificazioni dei riflessi, talvolta si accompagnano ad aumento dell'eccitabilità meccanica dei muscoli e talora a disordini trofici, vasomotori come mano succulenta o cianotica, ecc. È difficile, se non arbitrario, distinguere, dissociare queste dalle sindromi isteriche. Le note date dal Babinski come speciali delle contratture riflesse non sono differenziali, per lo meno non contengono di veramente esclusivo e caratteristico alcun dato che permetta distinguerle sicuramente dalle forme isteriche ordinarie.

Alle stesse conclusioni del Bianchi viene anche un autore inglese, il Macdonald, che so-

stiene che il meccanismo patogenetico ideato dal Babinski non trova corrispondenza nei fatti e non li spiega.

Molto recentemente Ferrand in uno studio critico molto dettagliato ha confutato efficacemente la teoria del Babinski ed ha brillantemente dimostrato che i pretesi disturbi di origine riflessa non sono nulla di più e nulla di meno che l'isterotraumatismo di Charcot. Tutti i sintomi delle contratture che il Babinski ha rilevato come caratteristici di una affezione patogenesi nuova erano già stati rilevati e dettagliatamente descritti da Charcot, tranne quelli, come la decalcificazione delle ossa, che all'epoca del grande neurologo non potevano essere messi in evidenza perchè non si disponeva allora della indagine radiologica.

Il Ferrand dimostra come il disturbo sia inizialmente funzionale e che i fenomeni organici non siano che una conseguenza dell'inattività e dell'attitudine viziosa assunta dall'arto.

Oltre che sulla base dei fatti stessi esposti dal Babinski, Froment e dagli altri autori, il Ferrand ha potuto venire a tale conclusione anche in considerazione del fatto che egli ha potuto osservare i disturbi a tipo *main figée* in individui nei quali l'azione traumatizzante si era spiegata sul cuoio capelluto in uno, aveva provocato solo una leggera commozione in un altro, e nel terzo un lievissimo shock. In questi casi si poteva escludere quindi qualsiasi lesione periferica che per via riflessa avesse provocata l'acro-contrattura. A tale osservazione fa riscontro quella di Meige e Thomas che le contratture non si hanno mai nei feriti con gravi lesioni e ridotti permanentemente inabili alle fatiche di guerra.

Concludendo, adunque, i così detti disturbi nervosi di origine riflessa secondo la maggior parte degli autori sono null'altro che isterotraumatismo o pitiatismo secondo le vedute del Babinski. Il momento etiologico, il decorso, i sintomi stessi fanno ritenere che la contrattura e la paralisi sono essenzialmente funzionali, e che i fenomeni organici sopraggiunti non sono che l'effetto della immobilizzazione, immobilizzazione che in primo tempo è determinata dall'abitudine, in secondo tempo dalla suggestione più o meno cosciente. Suggestione che trova la sua ragion d'essere ed è favorita dal particolare atteggiamento mentale del ferito, atteggiamento che è molto simile a quello dell'infortunato. Se in questo il desiderio dell'indennizzo e di sottrarsi al lavoro aumenta ogni sorta di disturbo, nel soldato oltre che il desiderio dell'indennizzo e del riposo c'è un desiderio, che ha le sue radici ancora più profondamente nell'istinto, il desiderio della propria conservazione che rafforza ogni suggestione morbosa, consiglia ogni frode.

Nè il criterio terapeutico invocato dal Babinski vale a separare dalla grande famiglia dell'isterismo i disturbi in parola: se questi (a parte ogni considerazione sull'esclusivismo teorico del neurologo di Parigi) non cedono o cedono difficilmente alla persuasione ed agli altri espedienti curativi, che sono tanto efficaci nei disordini pitiatici, gli è perchè a fatti funzionali, e precisamente per la persistenza di questi, si sono aggiunti fenomeni organici che non possono subire la influenza della suggestione.

G. DRAGOTTI.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE MILITARE DI RISERVA N. 1 - ROMA
diretto dal ten.-colonnello med. dott. N. COPPOLA
(3° Reparto Chirurgia)

Sulla cura delle ustioni e congelazioni: ambrina, paraffina e catrame vegetale.

dott. ANTONINO PARASPORO
capitano medico; capo-reparto.

Fin dai primi di marzo del corr. anno, mentre il dott. Barthe de Sandfort, illustrava nel nostro Ospedale, ad un'eletta schiera di medici, accorsi da ogni parte d'Italia, il suo sistema di medicazione con l'ambrina, sulle ustioni e sulle congelazioni, per consiglio del sig. direttore dell'Ospedale, nel mio reparto, avevo cominciato ad applicare in alcuni casi di congelazioni, il catrame puro di Norvegia, secondo le indicazioni date dal dott. Rabbi (1).

Seguendo intanto le applicazioni pratiche di Ambrina che faceva il dott. Barthe, mi venne l'idea di utilizzare insieme, e le proprietà fisiche della paraffina, e quelle chimico-medicamentose del catrame vegetale di Norvegia, i cui principi attivi sono ben noti, preparando all'uopo una miscela.

Ho adoperato la paraffina dura: D=0,82-0,94: fusione:54-57°; con l'aggiunta del catrame puro di Norvegia, nella proporzione dell'uno al tre per cento; ho utilizzato la miscela del tre per cento nella cura delle congelazioni; dell'uno e mezzo per cento per le ustioni.

La miscela di paraffina e catrame vegetale, preparata in precedenza, solidificata, viene al momento della medicatura, nella quantità necessaria, posta a liquefare fino a completa fu-

(1) RABBI. *Profilassi e cusa delle congelazioni per mezzo del catrame*. Giornale di Medicina Militare, fasc. II, febbraio 1917.

sione, ed allo svolgimento dei primi vapori, in una capsula di porcellana, o in un piccolo bicchiere di alluminio, e quindi applicata sulla piaga con un pennello di vaio sterilizzato con l'ebollizione, o col getto di un polverizzatore: si completa la medicatura con delle sottilissime falde di cotone idrofilo, come il dott. Barthe usa fare con l'ambrina.

Prima dell'applicazione della miscela nel modo indicato credo opportuno far rilevare un semplice e comune dettaglio di tecnica; detergere le parti che delimitano la soluzione di continuo con benzina, lavare la piaga con soluzione fisiologica sterile, tiepida, asciugare, distendendo una falda di garza sterile su cui si poggia delicatamente un batuffoletto di cotone sterile, montato sopra una comune pinza di medicazione.

Le esperienze fatte, i casi trattati con questo preparato, circa una trentina, in gran parte; vaste piaghe da congelazioni, piaghe su monconi di amputazioni di arti, ustioni, e che mi propongo di illustrare in seguito, per la rapida guarigione in tutti conseguita, avendo fatto in parecchi casi, e sullo stesso soggetto esperienze comparative con l'ambrina, mi permettono di potere affermare che, la miscela di paraffina e catrame vegetale ha il vantaggio di una semplice preparazione, mentre in casi speciali si può variare la formula, per la quantità di paraffina e catrame, e di una semplice applicazione che non richiede apparecchi speciali.

Le medicature si applicano e si tolgono senza il minimo dolore da parte del malato: vanno fatte ogni 24 ore oppure a giorni alterni, secondo i casi.

Tali medicature sono un mezzo di sicura protezione e di isolamento degli elementi epiteliali di nuova produzione.

La miscela di paraffina e catrame ha dimostrato spiccate proprietà:

Analgesiche: dopo le medicature cessa qualsiasi sensazione di dolore.

Antisettiche: rappresenta un substrato poco adatto alla vitalità dei microrganismi: in tre dei miei malati ho visto il piocianeo scomparire dopo pochissime medicature, mentre la secrezione delle superficie granulanti si riduce rapidamente.

Stimolanti: stimolo meccanico e chimico, per la proliferazione dell'epitelio.

Le cicatrici sono: liscie, morbide, elastiche, non retrattili o deformate, probabilmente perchè si formano rapidamente ed al riparo di reazioni flogistiche.

La secrezione in seguito a questa medicatura è inodora, mentre quella dell'ambrina ha odore nauseabondo, poco gradevole all'ammalato.

La miscela suddetta ha sull'ambrina una maggiore e più sicura azione cicatrizzante, come ho constatato nei casi di confronto, poichè riduce per ottener la perfetta guarigione, di un buon terzo il tempo che invece impiega l'ambrina. Azione terapeutica questa da non trascurare riguardo la durata della malattia e per conseguenza del tempo di degenza nell'Ospedale.

Infine ha pure sull'ambrina e prodotti similari il non disprezzabile vantaggio del costo minore, dato il modesto prezzo della paraffina e del catrame.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

SESTA SEDUTA — 5 marzo: ore 15.

Comunicazioni sulle ferite addominali di guerra.

Il trattamento pre- e post-operatorio dei feriti dell'addome.

STOPPATO UGO (Bologna). — La cura delle ferite penetranti nell'addome non è fatta solamente dal trattamento chirurgico immediato. Il ferito addominale arriva al chirurgo quasi costantemente in uno stato di *shock* più o meno marcato. Oltre ai sintomi meno precisi, quale il pallore della cute e delle mucose, le linee stirate della faccia, gli occhi incavati, il respiro superficiale, ecc., si riscontrano nello *shock* nervoso abbassamento della pressione arteriosa, aumento della frequenza del polso, ipotermia ed idrofilia o sete, spesso ardentissima. La cura dello *shock* consiste nel risollevare la pressione sanguigna e sostenere le forze del cuore, riscaldare il ferito, tenerlo per un certo tempo in riposo assoluto. Per il circolo si adoperano l'olio canforato, l'adrenalina per iniezione sottocutanea, l'ipodermoclisi e la fleboclisi con soluzione fisiologica più adrenalina.

L'ipotermia si combatte con i mezzi fisici di riscaldamento.

Durante l'operazione si sorveglierà attentamente e continuamente lo stato del circolo sanguigno. Dopo l'atto operatorio tale sorveglianza non verrà mai meno per più giorni ed i rimedi impiegati a seconda dei bisogni saranno l'olio canforato, l'adrenalina, la tintura di strofanto, il digalen, la paraganglina Vassale e le ipodermoclisi ripetute.

La posizione da dare al ferito sarà quella semiseduta del Fowler nella maggioranza dei casi; però talvolta, a seconda della sede della ferita, dei drenaggi e dello stato di anemia, si preferirà la posizione orizzontale o anche con bacino rialzato.

Uso limitatissimo della morfina.

Nei primi giorni dopo l'operazione si sorveglierà molto lo stato del circolo gastrico-intestinale. Biso-

gna cercare di vincere il vomito ed il meteorismo gastrico ed intestinale, il primo con lavande gastriche, il secondo con clisteri evacuativi o col gran lavaggio intestinale o infine anche con l'ano contro natura.

Quanto all'alimentazione, sopratutto se si tratta di feriti gastro-intestinali, è necessaria la dieta assoluta nelle prime 12 ore almeno; poi si somministrerà un cucchiaio di liquido (acqua-latte; acqua-marsala; acqua-adrenalina; acqua-paraganglina) ogni ora. Dopo 36-48 ore si potrà aumentare la dieta gradatamente aggiungendo un po' di brodo, un po' di vino, un uovo ed in 4-5 giornate si potrà arrivare, sempre che la tolleranza gastrica e lo stato dell'intestino lo permettano, a dare qualche minestrina lon aggiunta di plasmon o somatose, un po' di conserva di frutta, ecc. Così in 8-10 giornate il ferito potrà introdurre qualche cibo solido, come carne di pollo e biscotto.

La temperatura non ha nulla di caratteristico; per solito le temperature sono piccole e spesso in rapporto con complicazioni infettive della parte addominale.

Contro la peritonite non abbiamo un'arma diretta; bisogna fare tutto l'assegnamento sulle forze di resistenza del ferito.

La comparsa di emorragia secondaria postoperatoria è rara.

La formazione di fistole stercoracee è pure poco frequente. Le fistole guariscono quasi sempre spontaneamente.

È necessario iniziare la cura dello *shock* nervoso prima che il ferito arrivi all'ambulanza. Perciò al posto avanzato della Sezione di Sanità si dovrebbe somministrare olio canforato ed adrenalina e cercare di diminuire la dispersione di calore. Per il trasporto alle ambulanze si dovrebbero usare auto-lettighe riscaldabili con barelle fatte in modo da dare al ferito una comoda posizione semiseduta.

Cura delle ferite dell'addome in tempo di guerra.

BOZZI ERNESTO (Genova). — L'O., convinto prima della guerra attuale della necessità dell'intervento nelle ferite da arma da fuoco dall'addome, lo è tanto più ora, dopo otto mesi di esperienza. Le ferite dell'addome si possono dividere in *parietali* e *penetranti*. Le penetranti alla loro volta in *cavitarie semplici*, in *ledenti organi parenchimatosi*, in *ledenti organi cavitari*, i quali possono versare il loro contenuto più o meno settico nel cavo addominale.

Le prime e le seconde possono guarire spontaneamente quando non intervengono infezioni od emorragiee, quando la lesione dell'organo parenchimatoso non sia eccessivamente distruttiva. Le ultime non guariscono spontaneamente se non in un numero così piccolo di casi da non potere su di essi fare un assegnamento qualsiasi. Di tutte queste, le più gravi sono le lesioni gastro-intestinali. Le lesioni che sono prodotte sul tubo gastro-intestinale anche dai proiettili di piccolo calibro sono quasi sempre così grandi da non permettere una guarigione spontanea. Lo stesso proiettile può determinare ferite diversissime a seconda del modo con il quale il tubo gastro-enterico viene colpito.

I casi di ferite addominali dall'O. curati furono 218 dal mese di giugno al mese di novembre 1916. Di queste ferite 61 (28,7 %) interessavano unicamente la parete; le altre erano tutte penetranti. In 50 feriti non si intervenne perchè troppo gravi da permettere un intervento qualsiasi ovvero (per un piccolo numero) perchè, essendo decorso molto tempo dalla ferita e non presentandosi sintomi di complicanze, non si credette indicato un intervento. Per tutto ciò l'intervento non ebbe luogo nel 23,35 % degli addominali accolti. In quasi tutti questi la morte avvenne breve tempo dopo l'accettazione. L'O. intervenne però sempre, qualunque fossero le condizioni, quando potè sospettare una emorragia in atto.

Nel primo periodo fra i non operati predominavano i morti di peritonite, in rapporto con il fatto che i feriti erano inviati troppo tardi al reparto ospedaliero dell'O. Altro fatto notevole è che in tale primo periodo quasi tutte le peritoniti erano determinate da ferite da proiettili di fucile e da pallette di shrapnell: mancarono in tale periodo quasi completamente i feriti da scheggia di granata, in quanto con tutta probabilità essi morivano là dove venivano trattenuti.

Nel secondo periodo, dall'agosto al novembre, le peritoniti furono eccezionalmente rare, per cui le cause del non intervento furono o la gravità delle condizioni generali o l'assenza di sintomi di complicanze. Inoltre è da notare che si trattò quasi sempre di ferite da scheggie di granata. Solo in 3 dei non operati si ebbe guarigione dopo non brevi complicanze.

Fra gli operati con lesioni del tubo gastro-enterico si ebbe una percentuale di guarigione del 31,20 per cento in media, con un massimo del 43 % nelle lesioni del crasso e con un minimo del 25 % nelle lesioni del tenue. Va notato però che l'alta percentuale di mortalità per le ferite del tenue è puramente accidentale, e dovuta a casi gravissimi con avanzate complicanze peritoneali. La percentuale di guarigione complessiva nelle lesioni del crasso e del tenue fu del 37,5 %. La mortalità negli epatici fu lieve: del 31,3 %.

Più grave fu nelle lesioni concomitanti dello stomaco e del tenue: se ne salvò soltanto il 22,20 %, in quanto spesso concomitavano anche lesioni del fegato e lesioni bilaterali del torace.

Nelle lesioni della milza una mortalità del 50 %.

Negli addominali renali 30 % di guarigione.

Negli addominali vescicali 22.22 %.

In questi feriti abbondavano le lesioni da scoppio, trattandosi quasi sempre di ferite da scheggie di granata.

Sulla trasformazione cavernosa totale del fegato per ferita da arma da fuoco.

SCALONE IGNAZIO (Napoli). — Il caso si riferisce ad un ferito ricoverato nell'ospedale dell'O. due giorni dopo il trauma per ferita con forame di entrata in corrispondenza del IX° spazio intercostale e

senza forame di uscita; nessun sintoma di emorragia interna, nè di peritonite. Per un processo pleuro-polmonare a sinistra si ebbe morte dell'infermo in 16ª giornata dal ferimento.

All'autopsia: pleuropolmonite a sinistra; nulla a destra malgrado che il proiettile, scheggiato il margine superiore della Xª costola, avesse sfrangiato il lembo inferiore del polmone. Nel peritoneo nulla al di fuori dei reliquati di un leggiero versamento ematico e biliare.

Le alterazioni più importanti sono a carico del fegato, che, oltre al tramite del proiettile, presenta una avanzata conformazione cistica, una struttura alveolare a grandi e piccoli alveoli, divisi da un trabecolato sottilissimo, dove si possono riconoscere sottili canalicoli tortuosi, a pareti sottili e con una disposizione tale da inquadrare le aree di tessuto cistico. Nell'interno delle cellette e dei canalini non esiste alcun contenuto ben identificabile nè liquido biliare. Grossi pezzi di fegato per tale alterazione galleggiano, se messi in acqua, come se si trattasse di organo fortemente aerato.

Nelle zone dove l'alterazione non è molto progredita, come nei due piccoli lobi in vicinanza dell'ilo, si può vedere che essa si inizia con la comparsa di numerose piccole cisti sferiche, isolate, dall'ingrandimento e dalla confluenza delle quali si passa alla cospicua trasformazione cavernosa.

Dall'esame istologico, praticato, per insufficienza di mezzi, in modo poco accurato, si rileva che le formazioni cistiche si originano a carico delle vie biliari intralobulari con la scomparsa graduale delle cellule epatiche per atrofia e degenerazione; resistono alquanto i tramezzi interstiziali, che finiscono poi con l'essere stirati e rotti quando la distensione delle cisti e la confluenza arrivano ad un determinato grado, al quale il tessuto non può più opporre resistenza.

L'O. non sa se questo reperto anatomo-patologico per ferita da arma da fuoco sia stata descritto da altri; ad ogni modo costituisce un reperto molto raro, soprattutto per la sua estensione e per la confluenza così notevole delle cisti, da meritare il nome di vero *fegato cavernoso*.

Il trattamento delle lesioni simultanee del retto e della vescica ovvero dell'uretra posteriore.

CROSTI FRANCO (Milano). — Rivolgendosi ai varî capi reparto degli ospedali del fronte e territoriali, l'O. potè nello scorso anno raccogliere 45 casi di lesione del retto, al disopra dell'elevatore e endoperitoneali: fra questi 14 presentavano una lesione contemporanea della vescica, 2 dell'uretra posteriore: di questi uno offriva anche la perforazione del lobo sinistro prostatico.

Uno dei casi con lesione vescicale fu curato nella Clinica del prof. Ruggi.

Si ebbero lesioni da piccoli proiettili e lesioni da grosse scheggie le quali, asportando un largo tratto delle pareti rettali e vescicali, facevano risultare nel bacino una vera cloaca.

In 9 casi si ebbe infiltrazione orinosa; in 3 flemmone diffuso dello spazio pelvi-rettale: in uno di questi diffusione lungo i muscoli adduttori sino al tubercolo del grande adduttore.

Nei casi di lesione uretrale si ebbe iscuria; negli altri fuoruscita di orina dai fori di entrata e di uscita del proiettile in quantità più o meno abbondante e insieme a particelle di feci.

Benchè in varî casi il foro di entrata o di uscita si trovasse situato piuttosto in alto (regione soprapubica nel caso che fu nella clinica del Ruggi), in uno solo vi fu insorgenza di peritonite.

In questi 14 casi, dei quali 2 sono dell'O., si ebbero 5 morti (28 % di mortalità).

Quanto al trattamento, la prima indicazione è quella di prevenire l'infiltrazione e la stagnazione di orina nei tessuti e la infezione che fatalmente seguirebbe, data l'apertura del retto. Benchè in qualche caso (come in quello del Ruggi) si sia ottenuta la guarigione colla semplice applicazione di siringa a permanenza e senza trattamento della lesione rettale, in altri si dovette intervenire con la cistotomia e con la colostomia (per derivare le feci).

È certo che prima indicazione è quella di incidere largamente lungo i tragitti del proiettile; ma quando il piano osseo sottostante si opponga a che venga raggiunta la collezione orinosa e fecale, si deve aprire la via più declive possibile mercè una larga perineotomia trasversale (taglio di Albarran, di Proust o di Jung, amplificazione della vecchia incisione prerettale di Nélaton). Ma per evitare il sopravvenire incessante di elementi settici sul focolaio già infetto, la formazione di un ano permanente contro natura sul sigma colico varrà a derivare completamente le feci, permettendo il ripararsi delle lesioni. Nella maggior parte dei casi poi basterà per la guarigione delle lesioni vescicali, fatta la perineotomia, mettere una semplice siringa a permanenza: raramente si dovrà ricorrere alla cistotomia. Nelle lesioni dell'uretra posteriore, con interruzione della continuità del canale oltre al drenaggio perienale, è indicata l'uretrotomia esterna e la immissione di un catetere dal perineo: in secondo tempo, qualora permanga una fistola uretrale, potrà rendersi utile la sutura o l'uretroplastica.

La derivazione colostomica nei casi dell'O. fu eseguita 6 volte, con un solo decesso.

Dott. L. C. ZAPELLONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La spondilite sifilitica.

Molti autori, e tra essi Nonne, Oppenheim, Lewandowski, ritengono che la spondilite sifilitica sia un'affezione molto rara, e Fränkel assicura che durante il suo servizio di trent'anni come direttore del grande ospedale di Amburgo non ebbe mai ad osservarne un sol caso.

Leyden e Turioux affermano che sarebbe un grave errore considerare senz'altro come sifilitiche le carie vertebrali che si verificano in soggetti che hanno contratta tale infezione.

Sachs (*The American Journal of the Medical Sciences*, novembre 1916) ritiene che queste affermazioni siano per lo meno eccessive. Vero è che una differenziazione sicura tra processo tubercolare e sifilitico è istologicamente molto difficile, ed anche i moderni mezzi diagnostici, compreso l'esame radiologico, in molti casi non permettono di decidere per l'una o l'altra infezione.

I sintomi essenziali della spondilite sia essa tubercolare o sifilitica sono su per giù i seguenti: innanzi tutto immobilità parziale o completa di una parte o di parti della colonna vertebrale. Nelle localizzazioni cervicali si ha rigidità della nuca e fissazione quasi completa della testa. Nella maggioranza dei casi la pressione sui processi spinosi provoca un dolore ben localizzato.

Tra gli altri sintomi in ordine secondo la loro importanza si possono annoverare i dolori a tipo schiettamente radicolare, le leggere atrofie dei muscoli della nuca, della spalla o dell'anca e delle cosce, disordini della sensibilità che vanno da una leggera anestesia ad una notevole iperestesia. D'altra parte le gravi atrofie muscolari, le paralisi, la diminuzione o l'abolizione dei riflessi tendinei indicano che le radici sono compromesse, mentre l'esagerazione dei riflessi combinata con paralisi spastiche depone per una compressione midollare. Questi sintomi possono aggravarsi e diffondersi fino al punto che si ha la fenomologia completa della mielite da compressione.

Ma accanto a questi sintomi comuni esistono senza dubbio fatti che sono particolari all'una o all'altra infezione. La variabilità dei sintomi, le frequenti esacerbazioni e remissioni, e finalmente i miglioramenti che si ottengono rapidamente mediante un adeguato trattamento specifico depongono per un processo luetico. In ogni caso il sospetto dell'origine sifilitica di queste forme di spondilite è confermato dalla reazione di Wassermann nel sangue e possibilmente nel liquido cefalo-rachidiano, all'esame miscroscopico e chimico del quale può per altro dare altri reperti di una dubbia importanza diagnostica. D'altra parte il reperto radiografico della spondilite sifilitica è diverso da quello della forma tubercolare: nella prima non v'è mai una vera distruzione ossea e le alterazioni sono sempre più accentuate alla periferia che al centro della vertebra. Tuttavia è molto difficile distinguere col semplice esame radiologico le forme sifilitiche dalle altre spondiliti croniche e specialmente da quella deformante.

La esistenza di spondiliti in associazione con la tabe è un altro fatto che depone per la esistenza e la relativa frequenza di spondiliti sifilitiche.

Dopo queste considerazioni il Sachs dà brevemente alcune storie cliniche di individui affetti sicuramente da spondilite sifilitica. Uno di tali pazienti presentava: rigidità della nuca, marcata limitazione dei movimenti degli arti superiori, dolori diffusi alle parti innervate di ambo i plessi brachiali, andatura leggermente spastica, vivacità dei riflessi profondi alle estremità inferiori, dell'achilleo, e meno dei cutanei addominali, rigidità di tutta la colonna vertebrale con dolenza alla pressione delle apofisi spinose cervicali, lombari e sacrali, iperestesia ed iperalgesia con aumentata sensibilità per il freddo alle estremita inferiori.

La reazione di Wassermann nel sangue era nettamente positiva. L'esame radiologico dette il seguente reperto: Grado marcato di spondilite della 4ª, 5ª e 6ª vertebra cervicale, della 11ª e 12ª dorsale e della 1ª lombare: apparente diminuzione di volume della 5ª lombare. Non appena conosciuto l'esito dell'esame del sangue s'iniziò un intenso trattamento antiluetico ed il paziente migliorò progressivamente fino al punto di riavere la mobilità perfetta degli arti e della testa. In altri casi a sintomatologia analoga il trattamento specifico dette anche ottimi risultati. Dr.

Leucoplasia commissurale e sifilide.

Recentemente il Landouzy in una sua comunicazione all'Accademia di Medicina di Parigi metteva in evidenza il valore semeiologico della leucoplasia commessurale delle labbra, con-

trollato con la reazione di Wassermann, nella sifilide latente. E ricordava 37 casi di sifilide latente osservati in soldati territoriali o della riserva, resa manifesta dalla presenza di leucoplasia degli angoli labbiali, frequentemente associata a reazione di Wassermann positiva.

Ed a questo proposito l'A. osserva che queste leucoplasie commessurali dovrebbero più propriamente essere delle *placche dei sifilitici*, e non più *placche dei fumatori*, giacchè la prima definizione indica il determinismo della lesione, mentre che la seconda designa soltanto un elemento patogenetico contingente, quale è l'irritazione nicotinica.

Il valore diagnostico di questo sintoma dev'essere tenuto costantemente presente. La leucoplasia è estremamente frequente, e spesso persiste a lungo mentre ogni altra stigmata specifica è scomparsa.

Fra i piccoli segni rivelatori della sifilide terziaria, nessun altro è pari alla leucoplasia per frequenza e per evidenza. È molto più frequente della leucoplasia linguale.

La sua comparsa costituisce uno dei mezzi più preziosi per svelare le forme di sifilide frusta o ignorata. L'A. ha potuto accertare fra soldati anziani una ventina di sifilitici, nei quali, mentre che la reazione di Wassermann positiva e la presenza delle leucoplasie commissurali concordavano talvolta anche con altri sintomi specifici, mancava il più piccolo ricordo del contagio. *p. s.*

Il trattamento della blenorragia acuta.

Durante il periodo acuto della blenorragia, quando è troppo tardi per il trattamento abortivo con le iniezioni o gli abbondanti lavaggi uretrali, o è troppo presto per la medicazione a base di iniezioni, di irrigazioni o di balsamici, la cura è molto difficile. Tuttavia non bisogna abbandonare il malato a sè stesso. M. Carle (*Le Bulletin médical*, 19 maggio 1917) propone allo scopo di limitare lo scolo ed i fenomeni congestivi e dolorosi la seguente formola:

Bicarbonato di soda gr. 50.
Zucchero di vainiglia gr. 30.
Polvere di gomma }
» di liquerizia } anagr. 10.
Nitrato di potassa }
Essenza di limone gocce IV.

Un cucchiaino da caffè in un bicchiere di acqua la mattina e la sera.

O più semplicemente:

Bicarbonato di soda gr. 40.
Salicilato di soda gr. 10.

Una o due cucchiaiate in un litro di limonata o d'acqua semplice zuccherata.

Le pozioni emollienti ed oppiacee hanno un effettivo valore calmante.

Si prescriverà:

Decotto di linseme gr. 500.
Sciroppo di codeina }
Sciroppo di Tolù } anagr. 50.
Un cucchiaio ogni due ore.

Dopo qualche giorno si può tentare utilmente la somministrazione di antisettici, sia l'urotropina alla dose di un grammo al giorno in cachet di gr. 0.50 ognuno mattina e sera, oppure un cachet di:

Salolo gr. 0.75.
Benzoato di soda gr. 0.25.

a. a.

MEDICINA SCIENTIFICA.

I batterî filtrabili.

Era noto da tempo che attraverso le candele di porcellana porosa, passano, in determinate condizioni, certi germi relativamente grossi, fra cui lo *Spirillum parvum*, alcuni vibrioni dell'acqua, ecc. Anche il bacillo del tifo passa attraverso certe candele a pori grossi, e su questa sua proprietà è stato anzi fondato un metodo per isolarlo dall'acqua. Siffatto fenomeno era stato spiegato con la mobilità propria di questi germi, che permetterebbe loro di insinuarsi tra i pori, oppure con la possibilità del passaggio delle ciglia, che avrebbero poi riprodotto l'intero microrganismo. Tale presunzione però non può valere per altri germi, come p. e., i dissenterici, che possono pure attraversare le candele, mentre sono immobili e, secondo la maggioranza degli autori, sforniti di ciglia.

La spiegazione del fatto va invece probabilmente ricercata nella presenza di forme vitali minutissime, che stanno ai limiti della visibilità microscopica (e forse anche di forme invisibili), le quali possono agevolmente attraversare i pori anche finissimi delle candele. Tali forme sono state ottenute da Hort (cfr. *Annali di Igiene*, pag. 315 e segg.), con opportune modificazioni dei mezzi colturali, quale l'adozione di brodi acidi.

La produzione di forme vitali minutissime, in cui si possono forse far rientrare gli strongiloplasmi di Lipschütz, sarebbe un fatto abbastanza comune fra i microorganismi. Dalle citate ricerche di Hort, anzi, si arriverebbe a conclusioni ancor più generali, che modificano le nostre conoscenze su tutto il ciclo di vita dei batterî, in cui vi sarebbe *uno stadio invi-*

sibile o quasi e filtrabile e si verificherebbe anche la moltiplicazione per gemmazione. Ad altri stadî della vita batterica sono forse da ascrivere secondo alcuni le grosse inclusioni cellulari, che si osservano in malattie a virus filtrabili.

Si potrebbero in tal modo eliminare certe contraddizioni apparenti, notate nell'eziologia di malattie a virus filtrabili. In alcune di esse, come per es. nel cimurro dei cani, nella febbre gialla, nella peste suina ed altre setticemie emorragiche, sono stati isolati dei microorganismi che, inoculati in colture pure negli animali, riproducono le più importanti lesioni della malattia stessa. Detti microorganismi sono rispettivamente un cocco-bacillo, il *B. icteroides*, il *B. suipestifer*, ecc.

La scoperta dei virus filtrabili sembrava aver levata ad essi ogni importanza eziologica.

Eppure l'azione patogena di tali microorganismi è indiscutibile, nè si può ritenere secondaria. Quando si ammetta la tendenza alla produzione delle accennate forme minutissime e quindi in certo modo l'esistenza dei due stadî vitali, l'eziologia viene meglio chiarita e ricondotta ad un'unica causa. Anche altri fatti sembrerebbero del resto conciliarsi con questa ipotesi, come p. e. la maturazione che deve subire nella *Stegomyia* il virus della febbre gialla, per cui la puntura di tale zanzara non è infettante che parecchi giorni dopo il succhiamento del sangue infetto.

Analoghe osservazioni si possono fare per la poliomielite, in cui, oltre al virus filtrabile, si è riscontrata la presenta di forme cocciche capaci di riprodurre la malattia.

Probabilmente anche il tifo esantematico rientra in questa categoria.

L'esistenza di stadî filtrabili nei batterî, mentre agevola così l'interpetrazione di fatti rimasti finora oscuri, ci addita forse la via per meglio integrare le nostre conoscenze sulla biologia dei microorganismi.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(838) Al dott. L. G.:

Uno dei trattati migliori e che costituisce tuttora una vera miniera clinica per lo studio delle malattie di cuore e dei vasi è il *Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte*, Paris, Octave Doin, éditeur, 1905. Quest'opera, di tre gossi volumi, è stata anche tradotta in italiano ed aggiornata colla letteratura italiana. Essendo il trattato stato scritto una quindicina di anni fa non è naturalmente al corrente di tutto il lavoro (ed è molto), che si è compiuto in questi ultimi anni.

La stessa osservazione vale per il trattato del nostro valente Castellino (*Semiotica e patologia del cuore e dei grossi vasi*, editore Vallardi, Milano, senza data precisa di pubblicazione). Infine merita di essere citato, sebbene non di recente fattura, il libro di Cardarelli: (*Patologia clinica delle malattie nervose e funzionali del cuore*, Napoli, 1895), che costituisce sempre un gioiello di osservazione clinica.

Il lavoro di patologia cardiaca e vasale, compiuto in questi ultimi 20 anni, è riassunto sotto forma di trattati-monografie, senza avere un'opera, la quale *ex professo* riassuma in maniera scolastica ed organica tutto il dottrinale cardio-patologico.

Un trattato completa l'altro e questi trovano il loro complemento, periodico ed attuale, nelle riviste e negli archivi specializzati per lo studio delle malattie della circolazione.

Ad ogni modo è raccomandabile la lettura di: *Les Arytmies* di H. Vaquez, Parigi, 1911; di: *Clinique et thérapeutique circulatoires*, di A. Martinet, Parigi, editore Masson, 1914; di: *Maladies des artères et de l'aorte* di Reger, Gouget, Boinet, Parigi, editore Baillière, 1902; di: *La tension artérielle en clinique* di Gallavardin, Parigi, editore Steinheil, 1910; di: *Traité de l'artério-sclérose* di O. Josué, Parigi, ed. Baillière, 1909; di: *L'artério-sclérose* di Leclercq, Parigi, ed. Doin, 1911; di: *Les maladies du coeur*, di James Machenzie, tradotto dall'inglese, ed. Alcan, Parigi, 1911. E giacchè è stato nominato quest'ultimo autore bisogna pure accennare al suo recente trattato: *Diseases of the heart*, Londra e Oxford, terza edizione, 1913, trattato di un interesse speciale per lo studio delle aritmie cardiache, come pure di grande importanza per la conoscenza di queste manifestazioni cardio-vasali è il trattato di: Wenckebach, *Le irregolarità del cuore*, Lipsia, 1914.

GIOV. GALLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

EMILE SERGENT. *Études cliniques sur l'insuffisance surrénale.* Un vol. in-8° di circa 500 p. A. Maloin, ed., Parigi. Prezzo L. 8.

L'A. riunisce in questo volume gli studi da lui fatti sull'argomento dal 1898 al 1914. È nota la parte preponderante che spetta al Sergent nell'aver isolato, dal complesso di fatti clinici oscuri, la sindrome di insufficienza surrenale. Il volume però non ha solo un interesse storico; l'A. non ha riprodotto integralmente in ordine cronologico i suoi lavori, ma li ha distribuiti e rimaneggiati in modo che ne è uscita una trattazione sistematica della insufficienza surrenale. Qua e là si notano necessa-

riamente delle ripetizioni, che però non guastano ribadendo dei concetti importanti.

Il libro, oltrechè di agevole lettura, è di notevole interesse per il medico pratico; basti pensare agli stretti rapporti fra l'insufficienza surrenale e gli accidenti di salvarsan, le morti cloroformiche, l'intossicazione gravidica, le tossi-infezioni, ed all'importanza di conoscere questi fatti per certi quesiti medico-legali, per la terapia surreno-calcica delle tubercolosi, ecc., ecc. *i. p.*

A. SIGNORELLI. *Lezioni di Semeiotica Medica. Lo stato presente. Esame generale.* Un vol. in-8° di pag. 189. Udine, Stabilim. Tipografico Friulano, 1917.

Abbiamo già presentato la 1ª parte di questo lavoro e ne abbiamo detto tutto il bene che ne pensavamo.

Esso costituisce un largo sunto delle lezioni tenute a S. Giorgio di Nogaro, epperò ha il pregio della freschezza e della scioltezza, senza avere la sobrietà e la castigatezza del trattato.

È condotto da un esperto conoscitore e studioso della semeiotica e vogliamo augurarci che l'A. completi la sua opera. R. B.

VARIA.

Farmacie automatiche.

A Copenaghen è abbastanza generalizzato l'uso di questo sistema: infatti molte sono le farmacie provviste esternamente di distributori automatici, che funzionano unicamente durante il periodo in cui le farmacie restano chiuse. Questi distributori possono fornire, introducendovi una moneta di 10 e di 25 ores, prodotti di vendita corrente e non eroici, quelli cioè che il farmacista può somministrare senza ricetta (un senapismo, un flaconcino di tintura d'arnica, una scheda di taffetas gommato o di cerotto adesivo, un cachet antinevralgico, un purgante, un pacchetto di cotone idrofilo, ecc.).

Considerandosi come possa presentarsi l'occasione di aver bisogno di tali medicamenti quando o per l'ora avanzata o pel riposo domenicale riesce difficile o impossibile procurarseli, questi distributori automatici riescono utili, mentre d'altro canto si semplificano le funzioni del farmacista senza lederne gli interessi. (*Bollett. chim.-farmaceut.*).

I piccioni ed i farmacisti.

Esiste a Boston un medico pieno di originalità pratica.

Egli non si reca a far visita ai suoi ammalati che accompagnato da un grande paniere pieno di piccioni viaggiatori; appena egli ha ben esaminato il caso di un malato e si è fatto un'idea precisa sulla malattia, scrive la sua ricetta su un foglio di carta velina, poi l'attacca sotto l'ala di un piccione viaggiatore al quale ridona la sua libertà.

Siccome i piccioni appartengono ad una colombaia situata presso un farmacista associato al dottore, l'ordine arriva subito al suo indirizzo. La ricetta è allora subito preparata e portata a destinazione da un ciclista.

Il malato così può essere curato senza alcuna perdita di tempo con generale vantaggio.

Non è il primo esempio che noi vediamo dei colombi viaggiatori messi a servizio della medicina. Or sono 15 anni un medico normanno utilizzava già i piccioni come messaggeri tra lui ed i suoi malati.

Per questa volta gli americani si sono lasciati precedere.

(Dal *Corriere Agricolo* di Milano).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per gli Ufficiali medici concessi alle Amministrazioni civili. — I Ministeri dell'Interno e della Guerra, a complemento delle disposizioni date con la circolare 21 novembre 1916 inserita col n. 751, nel Giornale Militare, e nel numero 34 del Bollettino Ufficiale del Ministero dell'Interno, circa gli ufficiali medici concessi alle amministrazioni civili in sostituzione dei medici civili precettati in base al D. L. 12 novembre 1916 n. 1529, determinano quanto appresso:

1. — Se gli ufficiali medici suddetti sono destinati al servizio delle Amministrazioni civili, senza lasciare il servizio cui sono addetti presso l'Esercito, continueranno ad essere amministrati dai Corpi o Riparti di cui fanno parte. Se invece essi debbono lasciare completamente il servizio, che prestavano nell'interesse dell'Esercito, saranno amministrati, per tutto il tempo in cui presteranno il servizio civile cui sono stati comandati, dal Distretto militare nella cui circoscrizione si trova l'amministrazione civile per la quale prestano servizio.

2. — Durante il tempo in cui prestano servizio presso le Amministrazioni civili, gli ufficiali medici di cui al numero precedente riceveranno dalla Amministrazione militare lo stipendio del loro grado, e l'indennità di servizio speciale, nonchè — coloro che si trovino nelle condizioni volute per avervi diritto — l'indennità giornaliera di lire 5 di cui al D. M. 26 giugno 1916 e l'indennità per gli ufficiali richiamati dal congedo fuori della loro residenza, di cui al D. L. 10 agosto 1916. È esclusa la concessione di qualsiasi altra indennità inerente alla qualifica di ufficiale.

3. — Le Amministrazioni civili presso le quali gli ufficiali medici prestano servizio, oltre a dare all'Amministrazione militare il rimborso della spesa fino alla concorrenza dei fondi disponibili stanziati nei rispettivi bilanci, pei posti temporaneamente occupati dagli ufficiali stessi (quart'ultimo capoverso della circolare 751 del 1916), dovranno fornire all'ufficiale medico quello stesso mezzo di trasporto (cavalcatura o vettura) o quella stessa indennità che a tale scopo fornivano al medico civile precettato.

Nell'Ufficio di Presidenza Centrale dell'A. N. M. C. — Il dott. Carlo Tonelli si è dimesso dalla carica di segretario dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, con la seguente lettera indirizzata al Presidente on. dott. Umberto Brunelli:

« In questa vigilia di trepida ansia e di ferme speranze, pare a me che ciascuno di noi deve sentire il dovere di affermare, ancora una volta, esplicitamente e chiaramente, la propria posizione di fronte a sè stesso, ai Colleghi ed al Paese.

Al punto in cui ci hanno ormai condotti gli avvenimenti, data la persistente e proterva opera antipatriottica spiegata dal partito a cui tu appartieni — ancor oggi in cui l'animo di ogni italiano più fortemente si tende e vibra al pensiero della vittoria, della gloria e della grandezza della Patria, — la mia ulteriore permanenza nel Consiglio di codesta Presidenza potrebbe lasciar credere — nonostante gli ordini del giorno da me approvati nel Consiglio e nell'Assemblea Generale dell'Ordine dei Medici di Parma — che in certo qual modo, io, non dico approvi — chè questo è già stato assolutamente escluso — ma possa soltanto comprendere i tuoi principî politici (che sono, del resto, in piena contraddizione con quanto a favore della guerra e dei nostri soldati, tu, in seno allo stesso Consiglio di Presidenza, hai proposto e caldeggiato), e, perciò, mi dimetto dalla carica di Segretario dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti da te presieduta.

Colla preghiera di pubblicare quanto sopra nel prossimo numero del Bollettino, ti saluto ».

L'Assemblea generale dell'Ordine dei Medici della Provincia di Ancona si è adunata a Senigaglia, per discutere una mozione presentata da alcuni medici esprimente biasimo alla condotta antipatriottica del deputato Umberto dott. Brunelli e invitante il medesimo a dimettersi dalla carica di rappresentante dell'Ordine al Consiglio Superiore di Sanità.

Dopo ampia discussione fu approvato con 38 voti su 40 l'ordine del giorno del presidente dott. Leopardo Ruzzini, il quale ordine del giorno deplora la condotta antipatriottica del deputato Brunelli e termina invitando tutte le Sezioni a riunirsi per decidere che il prossimo Congresso dei Medici debba tenersi a Trieste italiana piuttosto che ad Ancona, come era già stato deliberato.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Bologna, in un suo ordine del giorno, « respinto il concetto che debba essere chiamata azione politica quella che vuole gli Ordini partecipi, senza restrizione, alla resistenza della nazione nella guerra, che deve condurre alla vittoria per il diritto delle genti, per la civiltà del mondo e per le rivendicazioni nazionali delle terre che soffrono da lungo la servitù e la dominazione austriaca, ritenuto insanabile il dissenso delle direttive tra la grande maggioranza dei medici e quelle manifeste nell'azione politica dell'on. Brunelli, esprime il convincimento che la rappresentanza dell'Ordine del Consiglio Superiore di Sanità, delegata all'on. Brunelli innanzi alla guerra per le benemerenze che egli aveva acquistato verso la classe medica, come verrebbe oggi mantenuta, in una nuova elezione, così debba essere da lui rinunziata, per il contrasto evidente delle sue idee ».

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Perugia nella sua adunanza del 31 maggio, ha approvato un O. d. G. in cui dice: « discutendo sull'agitazione promossa da alcuni Ordini

contro il dott. Brunelli, rappresentante gli Ordini del Regno al Consiglio Superiore di Sanità;

considerando che la classe medica italiana affidò per mezzo di libero e legale plebiscito al dottor Brunelli il mandato di suo rappresentante di tutti gli Ordini del Regno in seno al Consiglio Superiore di Sanità, pur non ignorando la sua fede politica;

considerando che il dott. Brunelli assolvè il mandato con dignità ed energia lodevoli, su di che non è sorta, da nessuna parte contestazione alcuna;

considerando che non esistono, perciò, le ragioni per togliere al dott. Brunelli il mandato affidatogli, esulando il di lui atteggiamento politico dal giudizio degli Ordini, che sono una istituzione strettamente professionale;

delibera di passare all'ordine del giorno sulla questione Brunelli».

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Vicenza, in un suo ordine del giorno, «in conformità al pensiero espresso fin dall'inizio della guerra nei riguardi della condotta politica dell'onorevole Brunelli, pensiero che rievocato nell'ultima assemblea generale dell'Ordine ebbe incondizionata approvazione da parte dei presenti;

considerando che in questo momento così grave e importante per i destini della Patria il sentimento degli italiani, a qualunque partito e classe appartengano, non può e non deve essere che uno solo;

che gli Ordini dei Medici non fanno della politica quando non si rendono interpreti del sentimento dei loro colleghi, i quali con sublime slancio portano il loro prezioso contributo di pensiero e di azione alla causa nazionale e sono e vogliono essere anzitutto italiani;

deplora l'atteggiamento antipatriottico del rappresentante degli Ordini presso il Consiglio Superiore di Sanità on. Brunelli e si meraviglia che egli non abbia ancora inteso e compiuto il dovere chiaramente indicatogli dalla sua incompatibilità ad una carica, nella quale più non lo sostiene la fiducia dei colleghi».

ATTI PARLAMENTARI.

Sui servizi sanitari.

Discutendosi l'esercizio provvisorio alla Camera, l'on. Vincenzo Bianchi ha rilevato che la sanità militare deve adempiere alla profilassi dell'esercito in campagna, prevenendo o reprimendo l'insorgere e il diffondersi di qualsiasi malattia infettiva, e ridurre al minimo la inabilità causata dalle ferite riportate in battaglia. Egli riconosce l'opera benemerita della sanità per quanto riguarda le malattie infettive. Ma in materia di inabilità originata da ferite, ricorda che non si è voluto valorizzare i preziosi elementi messi dal Paese a disposizione della sanità stessa. Afferma che si sono creati organismi che hanno peggiorato il servizio, quali le commissioni centrali.

L'oratore si diffonde a parlare della organizzazione difettosa dei servizi sanitari in alcuni grandi centri ospedalieri, sì che lo Stato sarà obbligato a pagare pensioni anche quando il soccorso della scienza — in questi casi mancato — avrebbe potuto rendere al lavoro un arto reso immobile temporaneamente.

La questione della saccarina.

È stata sollevata alla Camera dall'on. Bonardi, cui il ministro Meda ha risposto rilevando che è stato necessario d'impiegare la saccarina, per rendere disponibile una maggior quantità di zucchero agli scopi alimentari.

Dice che il governo si era preoccupato del problema importantissimo se la saccarina fosse, o no, nociva alla salute. E chiese il parere ed il consiglio della Direzione di Sanità, la quale rispose che la saccarina poteva supplire lo zucchero e non era affatto nociva alla salute, specialmente se presa in piccole dosi. In seguito a queste assicurazioni venne decisa la fabbricazione dello zucchero saccarinato, consigliato anche dal presidente del Consiglio dei medici di Roma, dott. Ballerini.

Di questioni sanitarie si sono occupati anche gli onorevoli De Capitani, Brunelli, Maffi, Bussi e, nella sua replica, l'on. Orlando.

Ne riferiremo nel prossimo numero.

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

Riporto, come dal Fascicolo 15°	L.	190.57
Pervenuteci a mezzo del dott. Dino Catucci come da elenco pubblicato nel fascicolo 26°	»	270 —
Pervenuteci a mezzo del dott. Guido Simoncelli, come da nota pubblicata nel fascicolo 26°	»	60 —
	L.	520.57
Pervenuteci in seguito:		
Pignone dott. Francesco - Carcare . . .	L.	5 —
Mancini dott. Assuero - Isola Dovarese .	»	20 —
Balla dott. Alberto - Zona di Guerra . .	»	2.50
Papi dott. Donato - Bugnara Calabra . .	»	2.50
Ranelletti prof. Aristide - Roma	»	5 —
Dott. I. C. da N. N.	»	1 —
Casali prof. Angelo - Carrara	»	30 —
Brunetti prof. Carlo - San Paulo	»	100 —
De Luca prof. Giuseppe - Buenos Ayres .	»	45 —
A riportare . . .	L.	731.57

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6904) *Certificati sanitarii - Rilascio - Infortuni sul lavoro.* — Dott. E. S. da S. N. dell'A. — Il medico condotto a cura piena ha l'obbligo di rilasciare gratuitamente tutti i certificati sanitarii di cui possano eventualmente aver bisogno i cittadini, specialmente quelli da Lei indicati che si riferiscono, in gran parte, a servizio militare. Il certificato richiesto dal Pretore ai fini della giustizia attestante la durata della lesione deve essere ricompensato dall'autorità giudiziaria, non essendo tale prestazione inclusa nell'onere del referto nè in altra disposizione di indole generale che ne faccia speciale obbligo al medico condotto od all'ufficiale sanitario.

Le indennità spettanti agli ufficiali sanitarii ed ai medici condotti per il rilascio di certificati in caso di infortunio sono le seguent: 1° Lire due per il primo certificato medico da unirsi alla denunzia dell'infortunio.

Questo certificato sarà rilasciato in doppio esemplare per il detto compenso complessivamente di lire due a richiesta ed a spese del capo od esercente dell'impresa; 2° Centesimi 50 per ogni certificato comprovante la continuazione della inabilità al lavoro. Però, per uno stesso infortunio, la spesa per i certificati di questa specie non potrà mai, qualunque sia il numero di essi, superare le lire tre; 3° Lire due per il certificato constatante l'esito definitivo della lesione.

La spesa per i certificati indicati ai numeri 2 e 3 è a carico dell'Istituto assicuratore. Qualora l'operaio abbia diritto alla cura ed alla assistenza gratuita perchè incluso nello elenco dei poveri il medico non potrà esigere per la relativa prestazione alcun compenso, così come gratuito è il rilascio dei certificati di cui al numero 2. In tutti i casi il medico condotto e l'ufficiale sanitario ha diritto a compenso a carico dell'impresa per le prime immediate cure che presta all'infortunato. Per prime immediate cure si intendono quelle che occorrono per il trasporto dello infortunato dal luogo, ove l'infortunio si è verificato, in altro adatto per eseguire le medicazioni e gli interventi richiesti dai singoli casi.

(6905) *Ambulatorio medico - Locali - Chi sia obbligato a fornirli - Cavalcatura.* — Dott. abbonato 6965. — L'ambulatorio medico è istituito principalmente a beneficio e nello interesse della popolazione in quanto il pubblico, senza notevole e pregiudizievole perdita di tempo, sa l'ora ed il luogo, ove può trovare il sanitario e consultarlo. L'ambulatorio stesso è istituito anche per ragioni di economia in quanto che, trasformando, per quanto è possibile, il servizio a domicilio singolo in servizio collettivo a gruppo, permette che un sol medico serva una condotta in cui, forse, sarebbero necessarii due sanitarii. Per tali considerazioni noi riteniamo che al locale ed al funzionamento di tali ambulatorii debba esclusivamente provvedere il Comune come del resto sembra che già si faccia costà per gli altri colleghi. In quanto al desiderato aumento della indennità cavalcatura facciamo rilevare che le disposizioni contenute negli articoli 4 e 5 del capitolato non implicano la facoltà del sanitario di rinunziare al compenso pattuito e di addossare alla amministrazione comunale la gestione di adatti mezzi di trasporto, mentre per converso solamente questa ha facoltà di farlo, innovando il sistema finora seguito e preavvisandone il medico sei mesi prima, onde egli possa disfarsi opportunamente della vettura di cui fosse eventualmente fornito. Nell'attuale momento l'amministrazione comunale non si avvarrà certamente della facoltà che ad essa compete ed al medico condotto non resta che chiedere alla G. P. A. in sede di tutela ed in applicazione allo articolo 26 della legge sanitaria, congruo elevamento di ufficio dello stipendio per compensarlo della perdita che diuturnamente sostiene per il mantenimento della cavalcatura. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 345: Non ne ha diritto, essendo la sua nomina avvenuta per titoli, a meno che non consegua altri titoli che lo rendano degno di una promozione nuova.

Gli avanzamenti per anzianità non sono ammissibili in tale ruolo.

Al dott. C. E., Zona di Guerra:

I militari del R. Esercito non sono autorizzati a fregiarsi del distintivo della medaglia commemorativa del terremoto Calabro-Siculo concessa dalla Croce Rossa al proprio personale (nastro bianco con croce rossa).

Non è neppure ammesso che si possano fregiare del nastrino della benemerenza speciale per il terremoto suddetto quelli che non sono stati premiati dal Ministero della Guerra con la concessione di medaglie, ma hanno solo avuto la menzione onorevole.

Al dott. E. R., Zona di Guerra:

I tenenti medici di milizia territoriale che abbiano anzianità dal 1° aprile 1916 non possono ancora essere promossi, perchè la pubblicazione del G. M., n. 392, non fa che dare le disposizioni per la formazione del quadro di avanzamento, e quindi ancora non si parla di effettuare le promozioni degli ufficiali a tenenti effettivi con anzianità maggio 1916.

Al dott. P. C., Zona di Guerra:

Avrebbe diritto alla promozione in base agli articoli 1 e 5 della c. 752 del 1916. Però, perchè la promozione possa avvenire di fatto, occorre che siano promossi al grado di capitano tutti gli effettivi della sua anzianità, che per ora sono stati promossi con anzianità dal 10 novembre 1915.

All'abb. n. 7876:

Ignorantia legis non excusat. — Il collega non può invocare una rettifica di nomina in base alla sua mancata domanda. M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NAPOLI. — Il prof. Calendoli Enrico è nominato ispettore sanitario presso l'Ufficio d'Igiene del Comune, al posto del prof. Maglieri Carlo, che si ritira per compiuto servizio.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valore militare per la campagna di guerra 1915-1916.

MEDAGLIA DI BRONZO

Bruni Nicola, da Cortona (Arezzo), capitano medico reggimento fanteria. — Sebbene ammalato, non abbandonò il posto di medicazione dietro le trincee, perchè mancavano i subalterni medici, e prestò l'assistenza sua ai numerosi ammalati e feriti, sino a che il reggimento non ebbe il cambio. — Oslavia, 15 dicembre 1915-10 gennaio 1916.

Cafiero Giuseppe, da Suez (Egitto), tenente medico complemento reggimento fanteria. — Sotto un intenso bombardamento di artiglieria di grosso calibro, diretto sulla trincea ove era il posto di medicazione, continuò, con energia e sangue freddo, a curare i molti feriti che colò venivano portati, nonostante che il comandante del battaglione avesse consigliato di cercare un posto più riparato per ivi eseguire le prime medicazioni. — Monte Sei Busi, 20 novembre 1915.

Cafiero Giuseppe, da Suez (Egitto), tenente medico complemento reggimento fanteria. — Con calma e serenità, sotto i tiri dell'artiglieria nemica, prestò le sue cure ai feriti. Nel ripiegamento delle truppe, visto un reparto senza ufficiali, ne assumeva il comando, riordinandolo sulle nuove posizioni e tenendolo pronto a combattere. — Alture Kobalay, 23 febbraio 1916.

De Biasi Edoardo, da Verona, tenente medico reggimento alpini. — Dava prova di perizia, calma e coraggio, curando numerosi feriti sotto il violento fuoco nemico. — Malga Zurez, 30 dicembre 1915.

Giudici Ercole, da Milano, aspirante ufficiale medico reggimento fanteria. — Durante l'azione del reggimento, con grande coraggio e serenità, sempre in prima linea, noncurante del pericolo, curava i feriti anche sotto il fuoco nemico e, dopo l'assalto, si adoperava a ricuperare i feriti anche sotto il fuoco nemico e, dopo l'assalto, si adoperava a ricuperare quelli che erano rimasti fuori delle trincee. — Trincee di Castelnuovo, 6 novembre-14 dicembre 1915.

Knapp Giovanni, da Bologna, tenente medico direzione sanità corpo armata. — Durante il bombardamento di un fabbricato affollato di colerosi, quantunque colpito dai rottami del fabbricato stesso, con grande calma e coraggio ordinò e diresse lo sgombero dei malati, facendoli portare al sicuro. — San Floriano, 25 novembre 1915.

Langhella Francesco, da San Giuseppe Vesuviano (Napoli), tenente medico reggimento alpini. — Sotto l'intenso fuoco di artiglieria e fucileria nemica assolveva esemplarmente il suo mandato. Sprezzante del pericolo, si portava dal posto di medicazione verso la linea di fuoco per ricevere i feriti più gravi, dando esempio ai dipendenti di nobile spirito di altruismo. — Malga Zurez, 30 dicembre 1915.

NOTIZIE DIVERSE

Per la Patria.

Hanno immolato la vita i colleghi:

PUVIANI PAOLO, da S. Felice (Modena), sottotenente medico di complemento;

ALLIAUD GIOVANNI, da Torino, sottotenente medico di complemento.

FERGOLA dott. ENRICO, capitano medico, da Genova, decorato due volte al valore; gli ultimi due vittime dell'insidia nemica in mare;

lo studente in medicina BOLLATI GIUSEPPE, figlio del collega Giov. Batt. Bollati, da Barge (Cuneo).

Il VII Convegno della Federazione italiana delle Opere Antitubercolari.

Sotto la presidenza del sen. prof. Foà, assistito dal segretario generale prof. Ronzoni, si è svolto a Pallanza (Lago Maggiore) il VII Convegno della Federazione Italiana delle Opere Antitubercolari.

Erano all'ordine del giorno: La proposta al Governo di assumere da parte delle Opere federate l'assistenza ai soldati riformati per tubercolosi; — Tubercolosi e Croce Rossa Italiana in tempo di guerra e di pace; — La tubercolosi in guerra e la sua dipendenza da causa di servizio.

Dopo il Convegno ebbe luogo l'inaugurazione del Padiglione Speciale per tubercolosi, annesso all'Ospedale Civile, munifico dono della signorina Adelina De Marchi di Milano, da lei dedicato alla memoria dei suoi genitori.

La Cassa Nazionale infortuni per l'assicurazione dei rischi di guerra.

La Cassa Nazionale di Assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro, a facilitare la continuazione e la intensificazione della produzione nazionale, ha deciso, non ostante la grave alea che attualmente presenta l'assicurazione infortuni, di ridurre in misura notevole i saggi dei soprapremi per l'assicurazione degli infortuni occasionati dal rischio di guerra agli operai delle industrie terrestri.

La diminuzione dei saggi va dal trentatre al cinquanta per cento. La tariffa che ha testè riportata l'approvazione del Ministero per l'Industria, il Commercio e il Lavoro, sarà immediatamente applicata ai contratti di nuova emissione ed a quelli in rinnovazione.

L'Amministrazione della Cassa Nazionale Infortuni anche nei momenti più turbinosi e difficili trova modo di conciliare i più larghi criteri equitativi nella liquidazione degli indennizzi agli operai colpiti da infortunio sul lavoro, con il minor onere possibile per i capi od esercenti di imprese, industrie e costruzioni.

Vigilanza igienica-sanitaria del lavoro.

Dal 1° maggio ha cominciato a funzionare in Roma l'ambulatorio comunale per la vigilanza igienico-sanitaria del lavoro in un locale terreno annesso all'Ufficio di stato civile.

Esso serve sopratutto a disciplinare il rilascio dei libretti di lavoro, che è la base legittima della sorveglianza delle autorità su gli operai specialmente minorenni e di sesso femminile.

Serve inoltre per il censimento delle industrie e del lavoro domiciliare allo scopo di studiare i rapporti fra il genere del lavoro e le malattie individuali o epidemiche che si riscontrino fra i varii gruppi professionali.

Funziona il lunedì, mercoledì e venerdì dalle 11 alle 12 e dalle 18 alle 19.

Il nuovo ufficio è affidato ai dottori A. Ranelletti e V. Fraschetti.

Al R. Istituto Veneto di Scienze.

Il 27 maggio ebbe luogo in Venezia la pubblica solenne adunanza del R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.

Il segretario prof. Nino Tamassia lesse la relazione. Ricordò che nell'adunanza 25 marzo u. s. l'Istituto ha deciso di aprire — sulla fondazione Angelo Minich — un concorso riservato ai soli cittadini italiani, per i migliori apparecchi artificiali originali, od anche, se già conosciuti o in uso, notevolmente modificati o perfezionati, atti a rendere meno gravi le condizioni dei mutilati. Il concorso rimane aperto a tutto il 31 dicembre 1919. Al premio di lire 5000 assegnato dal R. Istituto, sono aggiuntte altre lire 5000, per generosa oblazione del benemerito cittadino americano R. L. Cottenet.

Il Reale Istituto nell'anno accademico che sta per chiudersi, perseverò nei suoi lavori colla serenità stessa di cui dava e dà memorando spettacolo Venezia impavida.

Prese quindi la parola il prof. A. Breda, ordinario di dermosifilopatia all'Università di Padova, che svolse il tema: «Per la salute dei nostri figli dopo la guerra».

L'oratore si diffuse a dire di tre flagelli umani, che dalla guerra vennero grandemente esacerbati e che avranno, ove non si pongano forti argini, ripercussioni disastrose nella discendenza: la tubercolosi, la sifilide e l'alcoolismo.

Nella stampa medica.

Con Decreto n. 470 è stato approvato il regolamento per l'amministrazione e la gestione degli «Annali di Medicina Navale e Coloniale», periodico costituito per fondare una palestra professionale per il Corpo Sanitario Marittimo.

In omaggio alla libertà degli studî, gli «Annali di Medicina Navale e Coloniale» non hanno carattere ufficiale, e quindi la responsabilità degli articoli in essa pubblicati è lasciata interamente ai singoli autori.

È data facoltà alla Direzione d'inserire nei fascicoli annunzi commerciali a pagamento.

* * *

A causa degli intralci creati dalla guerra all'opera giornalistica, ha dovuto sospendere le sue pubblicazioni l'apprezzato periodico *La stomatologia*, che però riprenderà le pubblicazioni non appena si avrà l'auspicata pace vittoriosa.

Onoranze al dott. N. d'Ancona a Padova.

In occasione del 50° anniversario di laurea del comm. dott. D'Ancona, direttore sanitario e medico primario dell'Ospedale Civile di Padova, ispettore di 1ª classe degli Ospedali della 5ª circoscrizione della C. R. I., presidente della P. O. Ospizio marino e Istituto rachitici, ecc., furono tributate al chiarissimo Collega solenni onoranze.

Dal Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale, dai Colleghi e dagli amici ebbe ricche pergamene alluminate e una medaglia d'oro.

In onore del festeggiato parlarono applauditissimi il nob. dott. L. Lonzo, presidente del nosocomio, il comm. prof. Giovanni Alessio, primario anziano, il comm. prof. Lucatello, preside della Facoltà medica, il cav. dott. Marzolo, medico provinciale, il magg. medico dott. Piaggi della C. R. I., il colonnello med. dott. cav. Darza, direttore dell'Ospedale militari principale, ed altri.

Il comm. D'Ancona ringraziò tutti con un nobilissimo discorso.

Un incidente al sen. Foà.

In seguito ad una caduta in piazza della Minerva, il sen. Foà ha riportato la lussazione di una spalla. Ha avuto la fortuna di essere immediatamente soccorso dal sen. Roth, che usciva in quel momento dalla Minerva, e che ha provveduto alla riduzione, coadiuvato dal capo di gabinetto prof. Buonocore.

Ospedale americano a Parigi.

La Croce Rossa americana ha fondato a Parigi un ospedale militare, nei vastissimi locali che costituivano la clinica del chirurgo Doyen. Al nuovo ospedale sono addetti dieci medici americani (internisti e chirurgi) e due medichesse pure americane.

Indice alfabetico per materie.

Batteri filtrabili . . . . Pag. 917
Blenorragia acuta: trattamento . . . . » 917
Disturbi nervosi di origine riflessa . . » 905
Drenaggio filiforme nella cura della mastite puerperale . . . . » 905
Ferite addominali in guerra . . . . . » 913
Leucoplasia commisurale e sifilide . . . Pag. 916
Servizio chirurgico al fronte: migliore ordinamento . . . . » 901
Spondilite sifilitica . . . . » 916
Ustioni e congelazioni: cura . . . . . » 912

Roma, 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 22 luglio 1917* Fasc. 30

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: B. Masci: Movimenti rotatori del capo durante il sonno. — **Nota preventiva:** P. Caliceti e R. Vaglio: L'enterococco causa di gravissime complicanze endocraniche d'origine ottica. — **Apparecchi e strumenti nuovi:** E. Morelli: Intervento immediato per le ferite toraco-polmonari. — **Servizi sanitari:** G. Bartolone: Proposte per il servizio sanitario campale. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Appunti di medicina pratica: SEMEIOLOGIA: Significato clinico dell'esame del succo gastrico. — TERAPIA: Il trattamento della tosse. — PROFILASSI: Il trattamento dei portatori di bacilli difterici. — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: Per l'equo trattamento. — Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari.** — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Condotte e concorsi.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

Movimenti rotatori del capo durante il sonno

per il dott. BERNARDINO MASCI,
assistente negli ospedali di Roma.

Per cinque mesi è stato degente nell'ospedale militare di riserva n. 4 di Roma un soldato, che, ininterrottamente, ha presentato uno strano fenomeno notturno.

Ricoverato per congelamento di secondo grado ad entrambi i piedi, ebbe il periodo della convalescenza funestato da ustioni di terzo grado, causatigli da impacchi caldo-umidi, di cui, per completa analgesia, non era in grado di apprezzare l'intensità di calore.

Questo soldato, durante l'intera nottata, o, per meglio dire, durante l'epoca del sonno, non faceva altro che rotolare la sua testa sui cuscini a destra e a sinistra. La posizione che quasi costantemente assumeva era la supina; molto raramente l'ho visto in quella diagonale incompleta. Appena s'iniziava il sonno, cominciavano questi movimenti rotatori della testa, così ritmici, così costanti di numero nelle diverse unità di tempo, da potersi paragonare alle oscillazioni di un pendolo.

La testa, facendo fulcro sulla base del collo, era ininterrottamente rotata ora a destra ora a sinistra per un'escursione di 180° circa. L'ampiezza di ogni oscillazione era costantemente uguale tanto verso un lato che sull'altro, non solo, ma le diverse oscillazioni erano ugualmente ampie fra loro. Inoltre esse si succedevano con impressionante frequenza: per minuto primo si contavano da 75 a 80 rivoluzioni complete, vale a dire per ben 150 o 160 volte la testa era sballottolata alternativamente a destra e a sinistra.

In qualsiasi tempo della notte si osservasse, in qualsiasi giorno del mese, si trovavano costantemente queste cifre, segno del ritmo perfetto che era a base di tali movimenti.

La testa, più che rotata, era rotolata: infatti non poggiava sull'occipite e di qui si muoveva a destra e a sinistra, ma nel movimento si dislocava poggiando successivamente sull'occipite, sulla regione temporale e su parte della fronte. Nel raggiungere l'estremo limite delle escursioni la testa si avvicinava gradualmente al moncone della spalla, di modo che questo giuoco di movimento non avveniva su una retta, ma su una linea debolmente curva a concavità rivolta verso il tronco. Ne veniva di conseguenza che sui cuscini si scavava una doccia a contorno regolarmente circolare posteriormente, limitata da una linea curva in alto.

Quello che maggiormente colpiva era la regolarità del movimento: dall'estremità di un'escursione si passava in quella in senso inverso con mirabile continuità di azione, senza un istante di tregua, e la testa rotolava con tale agilità e speditezza, che sembrava mossa da un congegno meccanico e libera dalla resistenza che le sarebbe dovuta venire dall'unione col corpo. Se io avessi potuto raccogliere il tracciato di tali movimenti, avrei ottenuto un diagramma costituito da tante linee rette, disposte obliquamente, uguali fra loro per lunghezza, armonicamente distanziate, riunite agli estremi da linee curve. Le linee rette starebbero a rappresentare i movimenti di lateralità e le curve segnerebbero l'insensibile passaggio dall'estremità dell'escursione del capo a quella in senso opposto.

Il sonno era piuttosto leggero: bastava il punzecchiamento di una pulce per svegliare il paziente. Ma, non appena attutita col grattamento la sensazione pruriginosa, ricadeva nel sonno e con questo riprendevano i movimenti rotatori del capo.

Mai periodo di tregua, d'interruzione in detti movimenti s' è verificato nel corso delle singole notti: dalla sera al mattino, dall'inizio in cui fu ricoverato in ospedale fino al momento in cui fu dimesso, fu una continua ipercinesia dei muscoli del collo. Il male non mostrò andamento progressivo per il fatto che non si notò mai compartecipazione di gruppi muscolari di altre regioni. Le contrazioni, invariabilmente cloniche, erano indolenti e non lasciavano sensazione di fatica o di stordimento nel paziente. Il quale si svegliava al mattino perfettamente ignaro di quanto gli era accaduto, con il corpo rinfrancato dall'apparente riposo, con la mente lucida, senza cefalea, senza vertigine. Non l'ho visto mai riposarsi durante il giorno e confessava francamente di non sentire affatto bisogno del riposo diurno.

Nulla di anormale si riscontrava all'eccitabilità elettrica dei muscoli del collo nè alcuna anomalia si aveva nel modo di comportarsi rispetto allo stimolo elettrico dei relativi nervi.

Malgrado tale disturbo, nelle condizioni generali di nutrizione l' infermo aveva sensibilmente migliorato, essendo aumentato di più chilogrammi il suo peso. Di umore si mantenne sempre allegro e mai lo vidi preoccupato del suo male.

Più volte cercai di persuaderlo a reagire contro la cattiva abitudine che aveva preso e a mantenersi immobile durante il riposo notturno, ma sempre dovetti constatare che non riuscivo ad ottenere nulla colla persuasione. Più volte perfino mi trattenni a lungo presso il suo letto, esortandolo a rimanere quieto, sotto la mia sorveglianza: ma in questo modo egli non riusciva a prendere sonno. Di notte l'ho fatto svegliare frequentemente dalle dame infermiere, che pure si sono adoperate a persuaderlo a restare immobile, ma neppure da questo mezzo ha avuto giovamento.

L'infermo ignorava il suo male, l'aveva conosciuto attraverso i nostri discorsi, prometteva di voler fare di tutto per liberarsene, ma nel sonno la sua volontà si paralizzava ed i movimenti, divenuti automatici, riprendevano col ritmo monotono di prima.

Visto fallire la psicoterapia, mi rivolsi all'armamentario farmaceutico, per vedere se in esso esistesse una sostanza capace di liberare il paziente dal suo male. Dapprima, unitamente con una cura ricostituente fosfo-arsenicale, volli provare i sali di bromo, che si mostrarono completamente inefficaci, non riuscendo neppure a far diminuire la frequenza o l'intensità dei movimenti. Cercai fra gli alcaloidi la belladonna e l'ioscina, ma neppure esse risposero all'effetto che m'ero promesso. Pensai che dagli ipnotici forse avrei potuto ritrarre del benefizio, e cominciai col provare i più blandi fra essi. Il veronale in veicolo acquoso caldo, la paraldeide rimasero senza effetto. Provai allora l'idrato di cloralio a dose piuttosto forte (due grammi). Questa volta avevo colto nel segno: sotto il sonno artificiale cloralico il riposo procedeva nella quiete più perfetta, senza la minima ombra di movimento, e tale si manteneva anche nelle ore mattutine quando l'azione del farmaco cominciava a svanire. Seguitai a somministrare l'idrato di cloralio per più sere di seguito, ma poi, essendo esso un palliativo e, sopratutto, avendo in animo di non nuocere al soggetto, ne abbandonai l'uso. I disturbi naturalmente ripresero come prima e si mantennero durante tutto il tempo della degenza dell' infermo nell'ospedale.

Non provai i narcotici dal momento che erano stati sufficienti gli ipnotici a far scomparire il disturbo motorio.

L' infermo fu dimesso dall'ospedale con tre mesi di convalescenza.

Conviene ora domandarsi: è possibile formulare una diagnosi? qual'è la patogenesi e quale la prognosi di un tale disturbo motorio?

Premetto che pensatamente ho tralasciato di riferire sui dati anamnestici e sull'esame obbiettivo del soggetto, perchè, per quanto accurata fosse l'investigazione, nulla son riuscito a trovare che potesse proiettare un po' di luce sulle domande che mi sono poste. Si trattava, infatti, di un giovane pieno di salute e di vita, completamente risparmiato dalle malattie, con abitudini commendevoli, con ottime condizioni ereditarie e familiari. Nulla di notevole si rinveniva nella sua vita psichica: all'esame fisico si riscontravano soltanto disturbi trofici e sensitivi a carico dei piedi in rapporto col pregresso congelamento.

Questo era sufficiente per farmi escludere che l'ipercinesia in esame potesse dipendere da alterazioni organiche del sistema nervoso centrale, quali le principali forme di meningite, l'encefalite, la trombosi dei seni, l'idrocefalo, ecc. Non potendosi quindi spiegare con una lesione di speciali organi centrali o sistemi di fibre nervose, ma soltanto con un'alterazione delle così complicate funzioni psichiche, si veniva a stabilire che dovesse trattarsi di un disturbo funzionale, di una nevrosi.

Ma di che specie?

E' facile escludere che possa essersi trattato di corea del Sydenham. L'Oppenheim ha veduto dei casi, nei quali l'irrequietezza motrice non esisteva od era assai lieve nella veglia, e diventava invece molto intensa nel sonno. Ma i sintomi della corea notturna non differiscono affatto da quei che comunemente si osservano nei bambini. Sono movimenti incoordinati, involontari, aritmici, diffusi, intercalantisi, disturbandoli, tra i movimenti volontari: è una vera *folie muscolaire*, che si accompagna quasi sempre a disturbi psichici.

Una certa affinità, invece, parmi di vedere fra il caso in esame e il gruppo delle mioclonie e dei tic.

Si sa che sotto il nome di mioclonia si comprendono parecchie forme morbose, nelle quali il sintomo principale consiste in contrazioni muscolari più o meno diffuse, rapide, involontarie, aritmiche, indolenti. Nell'intensità delle contrazioni si hanno gradi variabili; si va, cioè, dalle semplici ondulazioni fibrillari alle scosse brusche e ampie. Mancano generalmente i disturbi psichici.

Non vedo però affinità con la malattia di Dubini, in cui si hanno contrazioni cloniche, ritmiche, rapide, ma esse sono ad andamento progressivo, cominciano di regola in un braccio, invadono più tardi la gamba dello stesso lato, poi le estremità dell'altra parte del corpo e si diffondono infine a tutto l'organismo. L'affezione si accompagna a convulsioni epilettiformi, a disturbi della sensibilità e a febbre, dura da pochi giorni a qualche mese e termina senza eccezione con la morte.

Nella malattia di Bergeron-Henoch si hanno contrazioni ritmiche, rapide, involontarie di alcuni gruppi muscolari (testa, spalla, braccio), ma, a differenza del nostro caso, esse si ripetono ad accessi, scompaiono nel sonno, colpiscono solo i fanciulli dai sette ai quattordici anni, sono legate a disturbi della pisiche.

L'ipercinesia del nostro soggetto non risponde neppure ai caratteri del paramioclono multiplo di Friedreich, in cui si hanno contrazioni muscolari cloniche localizzate in un certo numero di muscoli, che sono raramente quelli del collo. Le contrazioni compaiono nei vari muscoli ad accessi, non in modo isocrono, ma aritmicamente, ora con frequenza moderata, ora con straordinaria celerità: durante il sonno cessano completamente.

Più lontani ancora siamo dalla miochimia di Schultze e da la *maladie des tics* di Gilles de la Tourette.

Non è nemmeno il caso di porre la diagnosi differenziale con i crampi, i quali sono caratterizzati da contrazioni muscolari toniche, violente, dolorose e per lo più di breve durata.

Per il fatto del ripetersi in modo ritmico delle contrazioni negli stessi muscoli, e per il fatto che tali contrazioni durano brevissimo tempo, che si ripetono molto rapidamente senza che vi siano stati dei corrispondenti stimoli esterni o delle cause, dobbiamo, invece, porre la diagnosi di spasmo clonico dei muscoli che presiedono ai movimenti rotatori del capo.

Gli spasmi possono essere tonici, clonici o misti. Si osservano prevalentemente nel campo dei nervi motori cerebrali, specie nel territorio del faciale. Questo prosospasmo occupa talora tutto il nervo, talora solo alcuni dei suoi rami. Nella forma clonica il sintomo caratteristico sta in ciò che, ad accessi, il malato fa involontariamente delle smorfie: quindi la malattia è detta anche tic convulsivo.

Se lo spasmo colpisce la terza branca del trigemino e quindi i muscoli masticatori avremo lo spasmo masticatorio tonico (trisma) o clonico (battere, digrinare dei denti, ecc.). Se è colpito da spasmo il nervo glosso-faringeo e quindi la muscolatura del palato e dell'esofago, avremo delle sindromi di faringismo o rispettivamente di esofagismo. Il noto *globus istericus* è un fatto di esofagismo.

Se lo spasmo colpisce il nervo accessorio vengono disturbati i muscoli sternocleidomastoideo e trapezio. E' sopratutto lo sternocleidomastideo quello che è maggiormente disposto agli spasmi. Nella forma clonica bilaterale alterna il capo viene sbattuto prima da una parte poi dall'altra, in modo caratteristico. Se lo spasmo clonico colpisce in modo alterno lo sternocleidomastoideo e il trapezio d'ambo i lati, si hanno movimenti ritmici di affermazione, di saluto o di rotazione della testa sull'asse longitudinale del corpo (*spasmus nutans*). Questa forma però si riscontra solo nell'infanzia e dipende probabilmente dalla dentizione o da altri disturbi che provocano lo spasmo in via riflessa (Henoch, Dickson).

Il disturbo motorio presentato dal nostro

infermo potrebbe sembrare uno spasmo clonico bilaterale alterno dei muscoli sternocleidomastidei. Ma quando si considera che in questa forma ad ogni contrazione il capo viene torto in modo che il mento si volge da un lato e verso l'alto, mentre l'apofisi mastoide dell'altra parte si avvicina alla spalla, si esclude facilmente che possa essere in giuoco lo spasmo di detti muscoli.

Lo spasmo da cui era affetto il nostro infermo si deve invece localizzare nel territorio del plesso cervicale. Degli spasmi che possono aversi in questo campo i più importanti, oltre il diaframmatico, sono quelli dei muscoli della nuca propriamente detti e più precisamente del muscolo obliquo inferiore del capo e dello splenio. Per la contrazione di quest'ultimo, il capo ruota da un lato, ma il mento si abbassa e si avvicina alla spalla. Questa seconda parte del movimento non esisteva nel nostro infermo.

Rimane quindi a considerare solo lo spasmo del muscolo obliquo inferiore del capo. Il quale è innervato dalla branca posteriore del primo nervo cervicale e dalla branca posteriore del secondo o grande nervo sottoccipitale.

Esso si inserisce, da una parte, sulla faccia laterale dell'apofisi spinosa dell'epistrofeo; quindi si porta obliquamente all'esterno ed in alto e si attacca, dall'altra, sulla porzione posteriore e inferiore dell'apofisi trasversa dell'atlante. Detto muscolo, quando si contrae, prendendo il suo punto fisso sull'asse, avvicina alla linea mediana l'apofisi trasversa dell'atlante; questa, a sua volta, imprime al capo un movimento di rotazione che si fa semplicemente su un piano verticale, senza cioè che il mento frattanto si alzi (come fa quando si contrae lo sternocleidomastoideo) o si abbassi (come per la contrattura dello splenio). Nello spasmo clonico bilaterale dell'obliquo inferiore del capo, la testa viene ruotata alternativamente ora da una lato ora dall'altro. È il cosidetto tic rotatorio, con cui dobbiamo identificare il fenomeno d'irritazione motoria presentato dal nostro infermo. Il quale, dunque, è affetto da spasmo clonico bilaterale alterno del muscolo obliquo inferiore del capo, a carattere esclusivamente notturno, insorgente come fenomeno incosciente nell'incoscienza del sonno.

Aggiungo subito che se si fosse trattato semplicemente di formulare una diagnosi, mi sarei astenuto dal fare una pubblicazione del caso. Il quale, peraltro, mi sembra interessante per un triplice fatto: 1° per il grado d'intensità della furia spastica mai visto finora (solo in un caso di Oppenheim si avevano cento contrazioni al minuto, non in modo continuo, sibbene ad attacchi); 2° per l'insorgere del tic esclusivamente nel sonno; 3° per il manifestarsi di esso, non in forma di accessi, ma in modo continuo, senza un atomo di tregua.

Io non ho trovato descritti casi di attacchi esclusivamente notturni di spasmi. Questi, veri crampi di reminiscenza, si manifestano di giorno in forma di movimenti divenuti automatici e involontari col ripetersi: si sospendono di regola durante il sonno: qualche volta le contrazioni sono tanto violente da rendere impossibile al malato di dormire: solo in qualche raro caso si son visti persistere in modo incompleto nel riposo notturno. Chi ne è affetto è perfettamente conscio di quanto vi ha di patologico in tali movimenti, ma è incapace di arrestarli, sottraendosi essi al dominio della volontà.

Il nostro infermo, invece, era incosciente del suo male: inoltre i centri cinestetici per la muscolatura del collo si mettevano automaticamente a vibrare solo di notte, quando i centri superiori, inibitori della corteccia cerebrale sonnecchiavano ed erano incapaci di esercitare il controllo e di porre un freno su quelli inferiori.

È interessante ricercare quale potrebbe essere la patogenesi del male. Per quanto ne sappiamo non esistono alterazioni rilevabili del sistema nervoso centrale o periferico, che possono ritenersi causa degli spasmi. Quali cause occasionali provocatrici di essi vengono citati shock nervosi, emozioni violente, gravi traumatismi, ecc. Ora la vita che aveva condotto il nostro infermo era stata tutt'altro che tranquilla. Dall'inizio della guerra era alla fronte, aveva preso parte a più combattimenti, aveva assistito a bombardamenti spaventosi, era stato ferito e, guarito, nuovamente inviato alla zona delle operazioni. Aveva trascorso gli ultimi giorni in trincea, a pochi metri di distanza dal nemico, con l'animo continuamente trepidante per il timore di essere assalito da un momento all'altro e di perdere la vita. Sembra quindi che l'ipercinesia in esame possa riconoscere come causa provocatrice precipua la circostanza emotiva. A questa però dobbiamo attribuire il valore che merita: uno shock nervoso, un'emozione, uno spavento — circostanze queste frequentissime nell'attuale guerra — non devono interpretarsi che come cause provocatrici occasionali di una predisposizione latente. Bisogna ammettere nel soggetto una recettività speciale al male, un automatismo più sviluppato, una speciale labilità ereditaria o congeni-

ta dei centri cinestetici del sistema nervoso centrale. Il fatto del congelamento ci convince maggiormente della speciale predisposizione neuropatica dell'individuo, poichè sappiamo che, oltre le ragioni principali che determinano un simile stato morboso (freddo umido, immobilità, calzature inadatte, ecc.), si deve ricordare anche in molti casi un fattore più o meno ereditario e cioè un'alterazione dell'innervazione dei tessuti e uno speciale stato di debolezza e labilità delle pareti vasali. E' vero che nei precedenti personali e familiari del nostro soldato nulla abbiamo trovato che ci svelasse questa speciale predisposizione, ma non possiamo a meno di osservare che esistono dei casi, nei quali la diatesi psicopatica è latente e sfugge anche alla indagine più accurata.

Per il fatto che lo spasmo si manifesta esclusivamente nel sonno, dobbiamo ammettere che nella veglia il semplice dominio della volontà, senza accorgersene, senza sforzo alcuno, è capace di tenere a freno la particolare irritabilità dei centri cinestetici alla cui dipendenza sono i muscoli colpiti dallo spasmo.

La prognosi *quoad valetudinem* è intimamente legata alla cura. Questa — l'abbiamo visto — è stata negativa perchè di difficile applicazione. Se si fosse trattato di spasmo diurno il nostro compito sarebbe stato molto più facile: avremmo sottoposto il paziente, in più sedute psicoterapiche, ad una serie di esercizi di rieducazione e d'immobilità. Ma curare di psicoterapia un individuo che ha un male di cui è incosciente e che quindi non rientra nel dominio della volontà, è cosa estremamente difficile. Per ottenere l'immobilità ed eventualmente la guarigione, si sarebbe potuto applicare un apparecchio immobilizzante gessato, una specie di minerva, che, tenuta a lungo, avrebbe potuto far dimenticare all'infermo la « cattiva abitudine ».

Ad ogni modo la cura deve essere sempre causale. E se veramente il movente occasionale più importante dello spasmo nel nostro soggetto era lo stato emotivo, non è improbabile ch' egli guarirà in un non lontano avvenire, quando, con la pace dei popoli, sarà tornata la quiete negli animi.

Roma, dicembre 1916.

Di prossima pubblicazione:

F. D'ALESSANDRO, *Su di una complicanza non frequente dell'infezione melitense;*

G. ZANETTI, *Contributo all'uso della soluzione jodo-benzolica nella pratica chirurgica.*

NOTA PREVENTIVA.

L'enterococco causa di gravissime complicanze endocraniche d'origine otitica.

Dottori P. CALICETI e R. VAGLIO.

In tre casi di suppurazione timpanica acuta, seguìti da mastoidite e da gravi complicazioni endocraniche abbiamo potuto isolare, sia dai focolai purulenti che dal liquido cefalo-rachidiano, uno speciale microrganismo, che mentre nel pus e nel liquido appena estratto, presentavasi sotto forma di diplococco nettamente aureolato, assumeva, sia nel liquido stesso dopo arricchimento di 12 ore in termostato, sia nelle culture in brodo, l'aspetto di streptococco. L'inoculazione, però, sia del liquido cefalo-rachidiano che della brodo-cultura nel topo dava luogo ad una netta setticemia diplococcica.

In base a tali caratteri riteniamo che il germe da noi isolato debba ritenersi analogo da una parte allo streptococco di Bonome, dall'altra al microrganismo da Bordoni-Uffreduzzi e Gradenigo descritto in alcuni casi di otite media e che Levis e Schrader riscontrarono, del pari, in un caso di meningite purulenta di origine otitica.

Riteniamo però che non si possa e non si debba confondere tale germe con i comuni streptococchi, nè che si possa ritenere quale una semplice varietà del diplococco di Fränkel. Ma in base allo studio dei caratteri culturali e biologici del germe, siamo d'avviso che, come del resto già da autori francesi è stato ritenuto per quanto riguarda lo streptococco di Bonome, esso possa senz'altro identificarsi coll'enterococco, descritto fin dal 1889 da Thiercelin e che già lo stesso Thiercelin e Rosenthal avevano potuto isolare in alcuni casi di meningite suppurata.

Risulterebbe quindi dalle nostre osservazioni che, accanto ai comuni agenti patogeni notoriamente capaci di dare suppurazioni timpaniche, è necessario prendere in considerazione la possibilità che un certo numero di esse suppurazioni siano determinate dall'enterococco.

Ignoriamo con quanta frequenza tal germe sia in giuoco nelle suppurazioni timpaniche, e se le lesioni da esso prodotte abbiano, come sembra risulterebbe dai nostri casi, una speciale tendenza a dare complicazioni di una certa entità.

Abbiamo, però, ritenuto non inutile riferire le osservazioni da noi fatte per l'importanza che può ascriversi, sopratutto dal punto di vista terapeutico, alla conoscenza di tale speciale agente di suppurazioni timpaniche.

Il lavoro completo è in corso di pubblicazione.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE 0.60 - XI CORPO D'ARMATA.

Intervento immediato per le ferite toraco-polmonari.

Prof. EUGENIO MORELLI, maggiore medico, aiuto alla Clinica Medica della R. Univ. di Pavia.

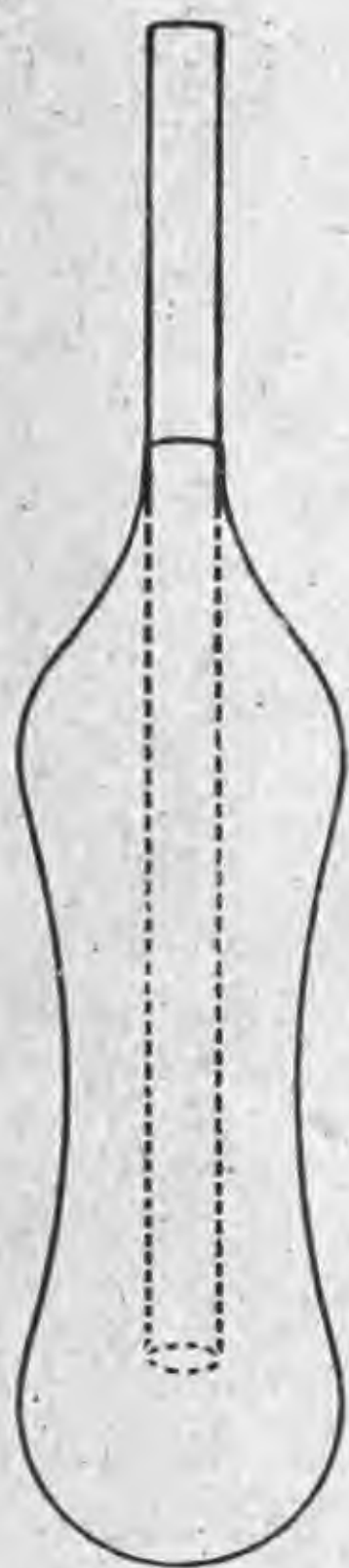
Fin dall'inizio della guerra ho cercato di combattere il concetto che nei feriti del polmone fosse preferibile l'attesa di una ipotetica guarigione spontanea, ad un intervento attivo. Provai che la percentuale delle guarigioni molto aumentava se prontamente si evacuava l'emotorace e se poi con dei rifornimenti si manteneva il gas endopleurico, per alcune settimane, in tale tensione da immobilizzare e comprimere il polmone. Feci costruire perciò due apparecchi che a mio parere bene corrispondono al fine proposto. Altri proposero nuovi metodi di intervento degni di studio. Il concetto di una terapia attiva è ormai accettato, tanto che per illuminato pensiero dei dirigenti la sanità militare si stanno organizzando al fronte dei reparti per feriti al torace, dove dei medici specialmente addestrati potranno esplicare l'opera loro.

Dissi che quanto prima si costituiva un pneumotorace e tanto minore sarebbe stato l'emotorace e il pericolo dell'empiema, perciò si doveva trasportare il metodo curativo anche alle sezioni di sanità ed ai posti di medicazioni: qualunque metodo sarebbe stato utile purchè avesse permesso all'aria di entrare nel cavo pleurico e al polmone di detendersi. E se ai posti avanzati è difficile, forse impossibile attuare un pneumotorace artificiale, è invece possibile, poichè l'ammalato giunge immediatamente al medico dopo la ferita, attuare un pneumotorace spontaneo. Basta quasi sempre, previa disinfezione, dilatare in un modo qualsiasi la ferita, perchè il polmone ritraendosi possa assorbire aria dall'esterno attraverso il foro reso beante. Questo ho potuto attuare in alcuni ammalati giunti all'ospedale poche ore dopo la ferita: bastò divaricare i bordi perchè si costituisse un pneumotorace spontaneo; la ferita, medicata, in 24 ore si richiuse ed io potei mantenere il pneumotorace con dei rifornimenti. I malati ebbero guarigione perfetta e scarsissimo emotorace.

Questo tentativo deve essere generalizzato: con tale mezzo si immobilizza realmente il polmone, tanto da permettere anche il trasporto dell'ammalato senza grande pericolo. La pratica dirà quale mezzo dovrà essere usato per rendere beante la ferita; se basterà dilatare le labbra di essa, se occorrerà introdurre in essa una piccola cannula con un filtro, o se potrà essere sufficiente divaricare le labbra con una pinza introdotta chiusa e lasciata riaprire.

Solo puntò che si potrebbe opporre si è che entrerebbe nel cavò pleurico aria non sterile che potrebbe favorire un empiema. Credo questo pericolo sia molto lieve poichè l'aria è per sè stessa sterile quasi sempre, e dei due pericoli, quello dell'emotorace è certo il più grave anche dal punto di vista dell'etiologia dell'empiema. Ma la pratica scioglierà il dubbio e ci dirà quale sarà il mezzo migliore per ottuare il pneumotorace spontaneo. Così facendo, il lavoro agli ospedaletti sarà molto facilitato, poichè l'emotorace o non esisterà o sarà scarsissimo e spesso occorrerà solamente mantenere il pneumotorace formato. Nella osservazione di parecchie centinaia di feriti al torace ho potuto persuadermi che il pneumotorace spontaneo — *esteris paribus* — è l'esito più fortunato per i feriti al polmone. Naturalmente l'aria non si lascerà entrare tumultuosamente nel cavo pleurico, nè in troppo grande quantità, dato il pericolo che entrando essa fredda possa dilatarsi per il calore e dare perciò dei fenomeni di ipertensione.

Ma scopo precipuo di questa nota era di porre il problema curativo nel caso che la ferita toracica fosse così vasta da rimanere beante. In questo caso si forma rapidamente un pneumotorace spontaneo, e il polmone del tutto si ritrae: per questo solo fatto l'emorragia in molti casi si frena o fortemente diminuisce. Ma talvolta, ma spesso la sola retrazione, la sola pressione atmosferica non è sufficiente e si può osservare un lento ma continuo gemizio di sangue o di liquido sanguinolento dal foro beante, gemizio che può portare a morte l'ammalato. E il medico è impotente, poichè uno schiacciamento con un pneumotorace non si può attuare esistendo libera comunicazione fra la pleura e l'esterno. Non ci si trova nel caso di un pneumotorace chiuso nel quale qualsiasi aumento nel liquido endopleurico apporta un aumento nella tensione del gas e conseguente compressione del polmone: qui man mano il sangue geme, man mano anche l'aria esce dalla ferita aperta, finchè da essa inizia l'uscita del sangue stesso. Il tentativo terapeutico in questo caso è quello di chiudere ermeticamente il foro. Ma una sutura cutanea non è sufficiente poichè per l'aumento della tensione del gas si avrebbe un enfisema sottocutaneo, non grave certo per se

stesso, ma perchè non permette aumento forte nella tensione del gas. Il tamponamento con garza può dare qualche utile, specialmente quando imbevendosi di sangue diventa impermeabile, poichè inizialmente l'aria esce con troppa facilità dai fori di essa. Per potere chiudere perfettamente basta usare un sacchetto di gomma. Può servire ottimamente un condom elastico, un dito di guanto immesso lungo tutta la ferita e poi gonfiato: essendo molto elastico si adatta a tutte le anfrattuosità e attua chiusura perfetta. Seguendo il concetto esposto ho fatto costruire dei sacchetti di gomma elastica, di varie dimensioni, da uno a cinque centimetri di diametro, la cui forma appare chiara dalla figura.

Il sacchetto è fatto a leggera clepsidra perchè più difficilmente esca dalla ferita. Se dopo avere specillato la ferita, per studiarne la direzione, si immette lo specillo nel tubo centrale del sacchetto in modo da mantenerlo allungato, sarà possibile immetterlo nella ferita in modo che la parte centrale del sacchetto resti nello spazio intercostale e le parti estreme sporgano una nel caso pleurico e l'altra all'esterno. Levato lo specillo si potrà con una siringa o con una pera di gomma o meglio con una doppia palla Richardson, con un insufflatore qualsiasi insomma, introdurre aria nel sacchetto in modo che gonfiandosi venga perfettamente adattandosi alla ferita non solo, ma gonfiandosi alle estremità venga a prendere la forma di un bottone da camicia in modo da rinchiudere lo spazio intercostale fra due palloncini comunicanti. Chiuso o con una pinza o con una legatura il tubetto, la chiusura si manterrà perfetta. Se ci immaginassimo di avere chiusa ermeticamente la ferita essendo la cavità pleurica, come nel normale, occupata dal solo polmone noi faremmo opera poco utile, poichè non otterremmo la cessazione o diminuzione dell'emorragia. Il sangue che dal polmone fluisce nel cavo pleurico permetterebbe al polmone di retrarsi, ma un reale suo schiacciamento si avrebbe solo quando esso fosse del tutto deteso, quando cioè la cavità pleurica fosse ripiena di sangue, cioè dopo un emotorace di parecchi litri. Ho poi già dimostrato in altro lavoro quanto sia poco atto il san ad immobilizzare il polmone. Ben diversamente agisce il tamponamento proposto quando per la ferita beante si è formato pneumotorace spontaneo (come sempre accade quando non esista sinechia pleurica). In tal caso il polmone è già del tutto deteso; la cavità pleurica è già ripiena di aria e perciò se noi chiudendo il foro impediremo all'aria di uscire, otterremo che quanto più sangue verrà gemendo tanto più aumenterà la pressione del pneumotorace, e si attuerà rapidamente un reale schiacciamento del polmone. Teoricamente si costruirà nel cavo pleurico una pressione identica a quella del sangue fluente: si giunge perciò a un reale autotamponamento. Se ci si trovasse poi nelle condizioni di potere attuare un pneumotorace si potrebbe chiudere il foro col metodo suddetto e attuare poi un rifornimento d'aria: si otterrebbe di aumentare lo schiacciamento del polmone indipendentemente dal fatto emorragico.

Ho avuto mezzo di attuare tale chiusura ermetica in due ammalati: potei controllare la possibilità di aumento della pressione endopleurica. In uno che aveva doppia apertura, la pressione del pneumotorace che io av portato a 4 cm. di un manometro ad acqua, si portò spontaneamente a + 12: segno che la chiusura era perfetta e che il poco sangue uscito l'aveva aumentata.

I malati hanno per la chiusura della ferita subitaneo senso di benessere. Inutile dire che se si trattasse di una ferita dell'intercostale il tamponamento descritto sarebbe pure utilissimo: agirebbe come i tamponi usati nelle rinorragie.

Credo perciò che in ogni caso di ferita aperta si debba chiudere il foro: qualunque mezzo sarà utile purchè garantisca una chiusura così ermetica da non permettere l'uscita dell'aria. Ottenuta la cessazione dell'emorragia,

la ferita sarà chiusa con mezzi chirurgici, oppure se si sarà formato — come con facilità accade — un piotorace, si procederà alla sua cura.

Il prof. Bastianelli al Congresso di chirurgia di Bologna asserì che bisogna quando è possibile convertire il pneumotorace aperto in pneumotorace chiuso. Concordo in ciò perfettamente tanto da consigliarne l'immediata chiusura, direttamente al posto di medicazione o alle sezioni di sanità. La chiusura con metodo proposto richiede meno tempo che una fasciatura del torace e serve realmente ad immobilizzare il polmone.

Credo che ogni posto di medicazione, ogni sezione di sanità, ogni ospedaletto avanzato debba provvedersi di palloncini che ho descritto, o di mezzi analoghi.

Aggiungo che può accadere talvolta che dopo l'evacuazione di un piotorace può rinnovarsi l'emorragia: se ciò accade conviene prontamente richiudere il foro col mezzo suddetto, e aumentare la tensione del pneumotorace con un rifornimento. Forse anche può essere utile la chiusura temporanea dopo toracotomia in chi avesse un mediastino eccessivamente fluttuante.

Per tal mezzo si può anticipare la toracotomia in erpiematici, nei quali talvolta si attende eccessivamente di procedere all'atto operativo per paura del rinnovarsi di un fatto emorragico. Se esso si rinnovasse, si potrebbe sempre vincere, chiudendo il foro toracotomico e attuando un pneumotorace teso.

SERVIZI SANITARI.

OSPEDALETTO DA CAMPO, N. 157 - ZONA DI GUERRA.

Proposte per il servizio sanitario campale

per il dott. G. BARTOLONE, capitano medico.

L'obbiettivo principale a cui deve mirare il servizio sanitario in guerra è il ricovero e la cura più immediata possibile dei feriti in combattimento, specialmente di quelli gravi e gravissimi, che non possono essere trasportati a distanza senza pericolo di complicazioni.

Quindi i luoghi di ricovero per i feriti, dovrebbero essere quanto più vicini è possibile al luogo del combattimento, come è stato riconosciuto da quanti hanno fatto proposte sul servizio sanitario campale (Mendes, Alessandri e Bastianelli, Paoletti, Faralli, ecc.).

Tale obbiettivo si potrà raggiungere — come è stato proposto dal maggiore medico Mendes e dal dott. Paoletti — facendo ricoverare i feriti gravi negli Ospedaletti da campo da 50 letti che possono avanzarsi più degli altri. Anzi io proporrei che detti ospedaletti siano adibiti tutti esclusivamente al ricovero e cura dei feriti gravi, mentre i malati e feriti leggeri dovrebbero essere trasportati, sin dall'inizio, negli Ospedali da campo da 100 e 200 letti, che stanno più indietro.

Così i feriti gravi, non potendo sopportare trasporti a grande distanza, troverebbero, dopo breve percorso, il luogo di cura dove possano rimanere senza ulteriori trasferimenti, finchè si trovino in condizioni di poter essere sgombrati, ed avrebbero anche il vantaggio — se detti Ospedaletti fossero specializzati per la cura dei feriti gravi — di trovare dei bravi chirurghi e tutto l'occorrente per eseguire qualsiasi operazione importante ed urgente.

Un'altra riforma, molto utile e necessaria, sarebbe quella di scindere il servizio della Sezione di sanità; cioè essa dovrebbe assumere soltanto il compito dello smistamento e trasporto dei feriti, lasciandone agli Ospedaletti il ricovero e la cura (come è stato proposto dal Mendes e dal Ferrari).

Infatti praticamente si osserva che i due servizi non possono abbinarsi tanto facilmente e, in giornate di affollamento di feriti, la fretta dello smistamento va a scapito dell'assistenza e della cura di essi.

Così la Sezione di sanità dovrebbe assumere il titolo di *Sezione di smistamento e trasporto* e dovrebbe possedere soltanto mezzi di trasporto e il personale strettamente necessario per il servizio di scritturazione e distribuzione di medicinali ai Corpi della Divisione.

Per facilitare poi il servizio, ogni sezione dovrebbe essere costituita di due reparti carreggiati di cui il primo, dovrebbe stare nella zona degli Ospedaletti da 50 letti e provvedere al trasporto dei feriti e malati dai posti reggimentali agli Ospedaletti ed agli Ospedali da 100 letti, ed il secondo reparto dovrebbe stare nella zona degli Ospedali da 100 letti e provvedere allo sgombro degli infermi dagli Ospedaletti ed Ospedali da 100 a quelli da 200 letti. Per disimpegnare tale servizio, al 1° reparto dovrebbero essere assegnati, come mezzi di trasporto, 5 autoambulanze e 5 autocarri (così potrebbe adoperare le autoambulanze per il trasporto dei feriti gravi e gli autocarri per trasporto di ammalati e feriti leggeri), ed al 2° reparto 2 autoambulanze e 4 autocarri. Il 1° reparto dovrebbe disporre di maggior numero di

mezzi di trasporto che non il 2° reparto, per provvedere più rapidamente possibile allo sgombro della prima linea che è sempre più affollata.

Assegnando gli autocarri alla Sezione, si può sopprimere il numero non indifferente di quadrupedi che attualmente possiede ottenendo doppio vantaggio: anzitutto si rende meno pesante e meno voluminosa la Sezione, e poi anche perchè gli autocarri consumano soltanto quando lavorano, mentre i quadrupedi consumano anche quando non lavorano, senza contare le difficoltà di sostituirne le facili perdite.

Quasi tutti i portaferiti che attualmente si trovano alle Sezioni di sanità, dovrebbero essere, invece, trasferiti ai Reggimenti dove potrebbero prestare più utile servizio, aumentando il numero dei portaferiti reggimentali che attualmente è esiguo e insufficiente ai bisogni.

Come personale Ufficiali, dovrebbero essere assegnati al primo reparto un maggiore o capitano comandante e quattro subalterni. Così, nel caso che tutti i quattro reggimenti della Divisione operino contemporaneamente, ognuno dei subalterni potrebbe recarsi ad un dato posto di medicazione reggimentale e provvedere allo smistamento e sgombro dei feriti di quel reggimento, mentre il dirigente del servizio sanitario reggimentale, provvederebbe a rivedere i feriti provenienti dai posti di medicazione dei battaglioni e curare quelli che ne abbiano più bisogno.

Tale trasformazione, però, dovrebbe essere praticata per le Sezioni di sanità che operano in pianura, mentre quelle che operano in montagna, dovrebbero avere, oltre i mezzi di trasporto accennati, un drappello di un centinaio di portaferiti provvisto di slitte ed altri mezzi adatti assegnati al primo reparto della sezione, il quale dovrebbe provvedere al trasporto dei feriti dal posto di medicazione reggimentale al punto più vicino della strada rotabile, dove possono sostare le ambulanze.

Come per la Sezione di sanità, così anche per gli Ospedaletti someggiati si potrebbero abolire i quadrupedi, potendo servire gli autocarri della Sezione al trasporto del materiale di un Ospedaletto nel caso che esso debba spostarsi, lasciando soltanto 6 muli per il servizio di vettovagliamento giornaliero.

Per il trasporto dei feriti dalla trincea al posto di medicazione reggimentale, il numero dei portaferiti, anche con l'aumento già praticato ultimamente, risulta sempre insufficiente e per lo meno dovrebbe essere portato a 100, oltre 12 aiutanti di sanità. Sarebbe poi preferibile che detto personale fosse tutto riunito in un drappello di sanità (come propone il dottor Paoletti) alla dipendenza tecnica e disciplinare del dirigente il servizio sanitario, il quale così, nel caso che un solo battaglione entri in azione, possa inviare tutti i portaferiti a quel battaglione e rendere più rapido lo sgombro dei feriti.

Per l'impianto dei posti di medicazione, bisognerebbe non obbligare (come si è fatto finora in alcuni reggimenti) l'ufficiale medico del battaglione a stare in trincea ed il dirigente il servizio sanitario presso il Comando del reggimento, ma, invece, il posto di medicazione di battaglione dovrebbe essere situato a qualche chilometro dalle trincee, possibilmente in qualche ricovero coperto ed il posto di medicazione reggimentale a 4-5 chlometri, in un posto meno battuto dalle artiglierie.

Ivi il capitano medico, scegliendo un posto adatto, con una tenda di medicazione e copertoni da ricovero provvisorio (del tipo che attualmente hanno in dotazione gli ospedaletti da campo) potrebbe impiantare un'infermeria reggimentale per trattenere i feriti gravissimi intrasportabili. Come materiale di medicatura, egli dovrebbe possedere almeno 4 sacchi o ceste (come quelli in dotazione alle Sezioni di sanità), in sostituzione dei cofani di sanità attuali.

In complesso, il servizio sanitario, apportando le accennate modificazioni, dovrebbe essere disciplinato come segue:

I portaferiti reggimentali ed aiutanti di sanità eseguono la prima medicatura urgente in trincea e poi trasportano il ferito al posto di medicazione di battaglione. Ivi l'ufficiale medico trattiene soltanto gl'incurabili ed invia gli altri al posto di medicazione reggimentale, dove il dirigente del servizio sanitario, rifà le medicature che ne abbiano bisogno e trattiene i feriti gravissimi, intrasportabili. L'ufficiale medico del primo reparto della Sezione, trovandosi al posto di medicazione reggimentale, procede allo smistamento e sgombro dei feriti, inviando i più gravi (cranici, addominali, ecc.), agli ospedaletti da 50 letti, ed in meno gravi (parti molli, ossa) agli ospedali da 100. Il secondo reparto della Sezione, intanto, dovrebbe provvedere a sgombrare sugli ospedali da 200 letti i feriti che erano stati ricoverati negli ospedaletti da 50 letti, man mano che le loro condizioni permettono un trasporto più lungo, senza pericolo di complicazioni. Nel caso che un solo

reggimento della Divisione entri in azione, tutto il primo reparto della Sezione con i 4 ufficiali medici potrebbe affluire al posto di medicazione di quel reggimento per renderne più celeri il soccorso e lo sgombro.

In caso di maggiore affollamento potrebbe tamente dal posto di medicazione reggimentale agli ospedali da 100 e 200 letti, secondo la gravità della malattia ed il bisogno di un periodo più o meno lungo di cura, senza passare per gli ospedaletti, onde evitare inutili successivi trasferimenti.

GRAFICO DEL SERVIZIO SANITARIO CAMPALE DI UNA DIVISIONE.

Distanza — 1ª linea trincee — Posti letto

Km. 1

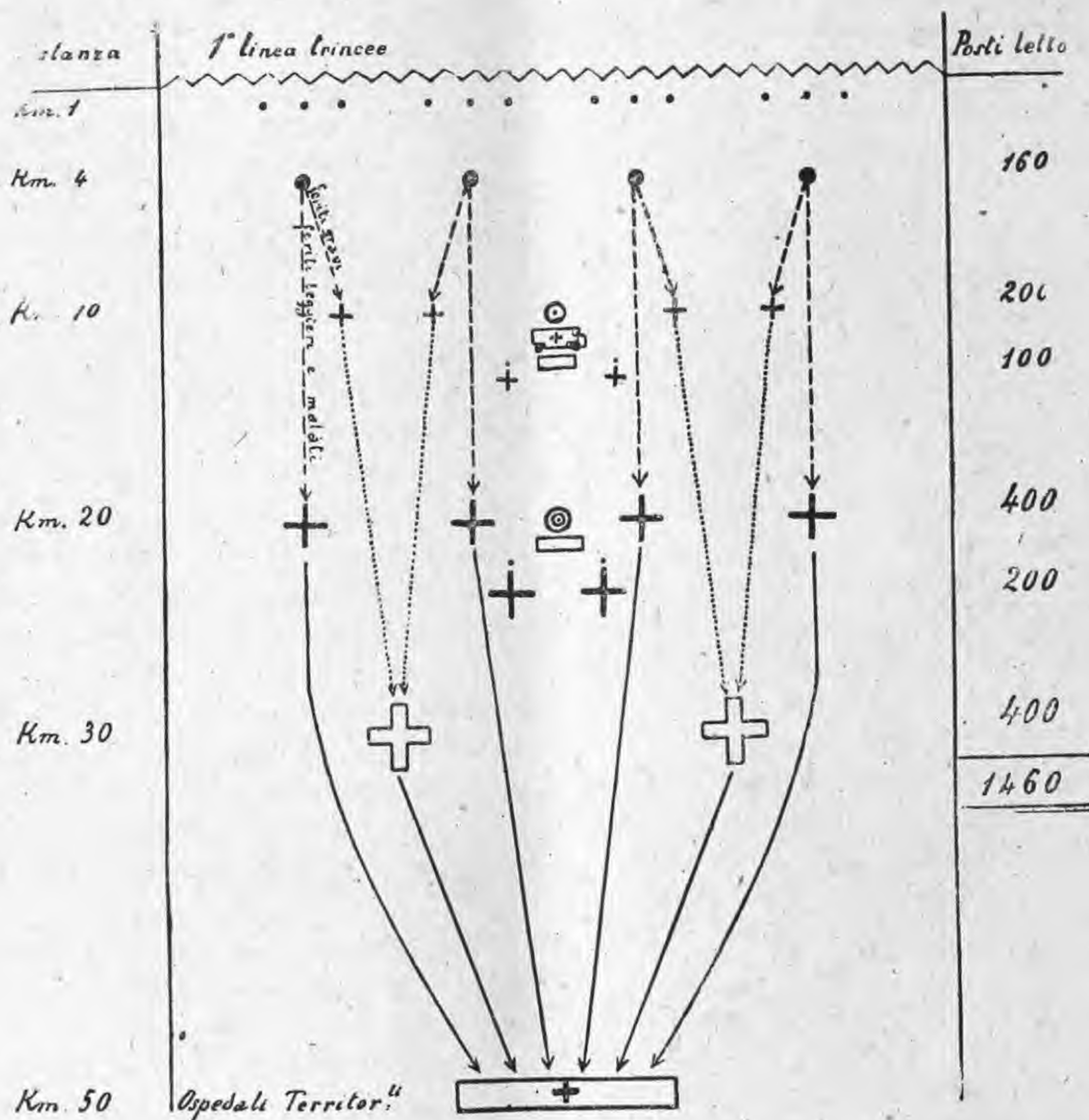
Km. 4 — 160

Km. 10 — 200 — 100

Km. 20 — 400 — 200

Km. 30 — 400

Km. 50 — Ospedali Territor.li — 1460

feriti gravi — feriti leggeri e malati

. . . Posti medicazione Battaglioni

● Id. id. Reggimentali

+ Ospedaletti da 50 letti — + Id. a riposo

+ Ospedali " 100 " — + Id. " "

✚ Id. " 200 "

⊙ Sezione trasporto Iº Reparto — ◎ Id. IIº Reparto

Ambulanzetta o Gruppo chirurgico

▭ Deposito materiale sanitario.

anche concorrere il secondo reparto trasportando direttamente dal posto di medicazione reggimentale agli ospedali da 200 letti i malati ed i feriti meno gravi che possono sopportare un tragitto più lungo.

Allo sgombro poi dagli ospedali da 200 letti agli ospedali di riserva, si provvederebbe con le ferrovie, navi, ecc.

I malati dovrebbero essere trasportati diret-

Riguardo alla ubicazione dei vari luoghi di cura, bisognerebbe procurare di portare gli ospedali da campo quanto più vicino è possibile alla prima linea, disponendoli anche secondo la loro mole, cioè, in linea generale, gli ospedaletti da 50 letti dovrebbero stare a circa 10 chilometri dalle trincee, gli ospedali da 100 a circa 20 km. e quelli da 200 letti a circa 30 km., mentre alla distanza di circa 50-60 km. dovreb-

bero essere impiantati molti ospedali territoriali e non dovrebbero più esistere ospedali da campo.

Si capisce che tali distanze non si debbano intendere in modo assoluto, ma devono variare secondo la natura del terreno.

Tutti i medici degli ospedaletti, dovendo essi servire esclusivamente per la cura dei feriti, ogni Divisione dovrebbe avere almeno 4 ospedaletti, 4 ospedali da 100 e 2 da 200 letti, più 2 ospedaletti e 2 ospedali da 100 in riposo, che possano essere impiegati in aiuto degli altri, qualora questi siano insufficienti per un momentaneo affollamento. Così ci sarebbe una capacità di circa 1500 posti-letto per ogni Divisione.

Il personale ed il materiale sarebbero distribuiti nel modo seguente:

	Ufficiali medici			Truppa			Materiale										Mezzi di trasporto			
	Maggiori	Capitani	Subalterni	Aiutanti sanità	Infermieri	Portaferiti	Ceste di medicature	Tende medicazione	Cop.ni ricovero m. 7×1.65	Tende ricovero m. 9×11	Tende ricovero m. 7×7	Baracche da 25 letti	Baracche da 50 letti	Paglericci	Brande	Materassi	Auto-ambulanze	Autocarri	Carrette	Barelle
Reggimento	1	1	6	12	4	100	4	1	20					40					3*	60
Sezione smistamento I Reparto			4			12											5	5		60
Sezione smistamento II Reparto	1		2			10											2	4		20
Ospedaletto da 50 letti		1	3	4	16	10		2	25	2	1			50		50			1**	10
Ospedale da campo da 100 letti		1	4	6	20	14						8			200	200			1	10
Ospedale da campo da 200 letti	1	2	2	8	32	20							8		400	400			2	10

(*) Oppure 8 muli. — (**) Oppure 6 muli

dovrebbero essere chirurghi. Si potrebbe, poi, anche costituire un gruppo di chirurghi accanto al primo reparto della sezione, per potersi recare in aiuto a quelli degli ospedaletti in caso di maggiore affollamento.

Tutti gli ospedali e ospedaletti da campo, possibilmente, dovrebbero essere collocati in fabbricati o, per lo meno, in baracche, abolendo le tende ricovero che attualmente hanno in distribuzione.

Così anche l'infermeria reggimentale ed i posti di medicazione di battaglione, dovrebbero trovare ricoveri protetti dai tiri dell'artiglieria.

Riepilogando: le modificazioni più utili e necessarie sarebbero le seguenti:

Trasformare la Sezione di sanità in sezione di smistamento e trasporto; costituire un drappello di sanità reggimentale; adibire gli ospedaletti da 50 letti esclusivamente alla cura dei feriti gravi; costituire, per ogni divisione, un gruppo di chirurghi o un reparto mobile di ambulanza chirurgica nella zona degli ospedaletti.

Riguardo alla quantità delle unità sanitarie, Tutte le unità sanitarie, però, dovrebbero possedere materiali in quantità tale da potere, in caso di bisogno, temporaneamente raddoppiarne la capacità.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

SESTA SEDUTA — 5 marzo: ore 15.

Discussione sulle ferite addominali di guerra.

NIGRISOLI. — Per i perforati dello stomaco e dell'intestino ha avuto risultati definitivi (guarigione e non semplice trasferimento) meno lieti di quelli riferiti dai colleghi.

Escludendo pareti addominali, rene, vescica, retto, ecc., e limitandosi ai soli casi sicuramente penetranti nel cavo peritoneale, ha avuto in massa il 30 % di guarigione accertata.

Metà circa dei casi furono operati, e metà no: ed i risultati numerici furono pressochè identici.

Di 100 casi non operati sopravvissero 34: ma di 4 di questi entrarono ed uscirono dall'Ambulanza con fistola intestinale e la guarigione accertata quindi è di 30 soltanto. Questi cento non operati sono dati dai 64 casi giudicati inoperabili, dai 4 entrati ed usciti fistolosi e da 32 che giunsero tardivamente, ma in condizioni buone e pei quali si giudicò opportuna l'astensione assoluta.

Su questi ultimi 32 si ebbero 2 morti e la necroscopia dimostrò che un trattamento chirurgico (operativo) eseguito a tempo avrebbe potuto dare la guarigione.

In 32 casi operati con ferite penetranti nella cavità addominale ed assai spesso con lesioni degli organi parenchimatosi, del meso, ecc., ma senza perforazione di intestino e di stomaco, si ebbe il 54 % di guarigione: mentre su 68 operati, tutti con perforazione di intestino e di stomaco o contemporaneamente dell'uno e dell'altro, si ebbe soltanto il 20 % di guarigioni accertate.

Per quanto fra i guariti senza operazione alcuni presentassero fenomeni peritoneali, l'O. crede che la massima parte di tali feriti non avessero perforazioni nè di intestino, nè di stomaco, e che solo per pochissimi fra essi sia da emettersi la impossibilità di una ferita minima dell'intestino.

Le ferite dell'intestino e dello stomaco, anche se da fucile, mitragliatrice e palletta di shrapnell, sono il più delle volte multiple ed ampie: le ferite puntiformi sono una rara eccezione; e perciò negli addominali con lesioni di intestino e di stomaco, soltanto l'intervento in primo tempo può dare la guarigione.

Da tre casi in cui fu chiamato ad operare secondariamente e da parecchi altri visti presso colleghi, ha avuto la dimostrazione che gli interventi secondari sono quasi costantemente letali.

SAVIOZZI. — Basandosi su 101 osservazioni personali di ferite penetranti dell'addome, espone le sue opinioni in proposito. Anzitutto schematizza la propria casistica nel quadro seguente:

Osservazioni 101: operati 30; guariti 9 (30 % di guarigione); morti 21 (70 % di mortalità) — non operati 71; guariti 23 (35 % di guarigione); morti 42 (64,62 % di mortalità); esito sconosciuto 6.

Mortalità globale (operati e non operati) 66,31 %.

Intanto fa rilevare un fatto importante che riguarda il tempo decorso tra il ferimento e l'operazione e che si desume dallo specchio seguente:

Operati prima delle sei ore, n. 8; guariti 5 (62,50 % di guarigione); morti 3 (37,50 % di mortalità).

Operati dopo le sei ore, n. 20; guariti 2 (10 % di guarigione); morti 18 (90 % di mortalità).

Queste cifre sono eloquentissime e dimostrano il vantaggio enorme che si ha ad operare prima della sesta ora.

Per le ferite del tubo gastro-enterico si ha:

Operati 19: guariti 3 (15,78 % — 2 operati prima delle 6 ore; 1 operato in secondo tempo); morti 16 (84,21 % — 3 operati prima delle 6 ore; 13 operati dopo le 6 ore).

Non operati 26; guariti 5 (19,23 % — 1 dello stomaco (?); 1 con fistola stercoracea immediata; 3 con fistola stercoracea tardiva); morti 21 (80,77 %).

In altri sei casi non fu eseguita la necroscopia e quindi si ignorano le lesioni endoaddominali.

Osservando l'ultimo quadro, apparirebbe un vantaggio a favore dell'astensione, perchè essa è beneficata da un caso incerto di lesione gastrica e da tre casi di fistole stercoracee tardive, le quali non indicano affatto che si è trattato di una lesione primitiva dell'ansa intestinale, potendo benissimo essere avvenuta una semplice contusione con perforazione successiva della parete intestinale quando si era già stabilita, per la peritonite circoscritta, una barriera a difesa della grande cavità addominale. Per il caso unico di fistola stercoracea immediata, (lesione del colon), si tratta di una eventualità eccezionalmente favorevole con formazione di un ano preternaturale fatto dal proiettile e nel quale l'intervento non aveva alcuna ragione di essere praticato.

Confrontando poi i risultati operatorii con la sede e il decorso delle ferite, l'O. viene alle conclusioni seguenti:

1° I feriti operati con insuccesso sono quasi tutti appartenenti alla zona ombellicale ed ipogastrica, con lesioni gravissime, spesso al disopra delle riserve chirurgiche, ma di cui una parte sarebbe stata beneficata dall'intervento, se operati nelle prime sei ore;

2° Fra i guariti con l'operazione ve ne sono cinque che sarebbero indubbiamente morti se abbandonati alla loro sorte;

3° I guariti spontaneamente sono quasi tutti delle regioni dei fianchi e della regione inguinale, cioè nelle zone meno pericolose dell'addome. Essi sono così distinti: *a*) 5 presentarono solamente fenomeni di peritonite circoscritta; *b*) 3 presentarono ferite che non si potè stabilire se fossero penetranti; *c*) 5 non presentarono affatto fenomeni addominali; *d*) 2, con lesione limitata al fegato, vennero giudicati guaribili senza intervento; *e*) 4 si presentarono con fistola stercoracea immediata o tardiva.

4° I feriti non operati e che ebbero esito letale appartengono in gran parte alla zona ombellicale ed ipogastrica. Dal reperto necroscopico risulta che alcuni sarebbero stati certamente beneficati da un intervento sollecito. Lo stesso reperto dice un altro fatto molto importante, che cioè le lesioni del tubo gastro-enterico, abbandonate alla loro sorte, dànno una mortalità del 99 % se si escludono i casi incerti di ferita dello stomaco ed i tre casi di fistola stercoracea tardiva. L'1 % di guarigione si sarebbe avuto per quella eventualità eccezionalmente favorevole della fistola stercoracea immediata.

5° I toraco-addominali assumono una gravità ancora maggiore e per essi la migliore terapia è il *noli tangere*. Qualche caso, ad esito favorevole con l'astensione, si è avuto quando vi era ferita limitata al parenchima epatico od il proiettile era penetrato nell'addome senza lesione viscerale.

Da tutto ciò l'O. viene alla conclusione che la sola terapia razionale nelle ferite penetranti dell'addome è rappresentata dalla laparatomia, eseguita possibilmente nelle prime sei ore, da chirurgi provetti, coadiuvati da personale allenato e bene affiatato. Le operazioni debbono essere fatte o nelle ambulanze chirurgiche mobili o in ospedaletti specializzati e forniti di tutti i mezzi, ad una distanza dagli 8 ai 15 chilometri dalla linea del fuoco, al coperto dal tiro delle artiglierie.

Il metodo astensionista, come risulta dalle numerose osservazioni cliniche e necroscopiche, è contrario alla verità chirurgica (Quénu) e sopratutto alla verità anatomo-patologica.

TANSINI. — A proposito delle ferite addominali di guerra crede utile parlare delle unità mobili rappresentate dalle ambulanze chirurgiche di Armata, che sono state create specialmente per il trattamento degli addominali.

Le così dette «unità mobili», come la «Città di Milano», se assolvono il loro còmpito di «mobilità», possono essere, e qualche volta ciò avvenne, di effetto dannoso.

I laparatomizzati di guerra con ferite dello stomaco e dell'intestino sono o a peritoneo contaminato, o settici: ben raramente è possibile di rinchiudere tosto e completamente il ventre: ordinariamente il cavo peritoneale deve essere tenuto aperto per la fognatura o tubolare, o con zaffo, o con zaffi multipli. Tali operati devono essere mantenuti a letto e senza trasporti, che sarebbero pericolosissimi, almeno per 20 o 25 giorni.

Ciò è assiomatico.

Ora dove si mettono questi disgraziati se dopo due o tre giorni viene l'ordine di trasportare le tende e l'Ospedale?

Devono necessariamente essere portati altrove in altro Ospedale vicino, e, ciò che è ancor peggio, messi in altre mani ed in ambiente meno adatto.

Fu proposto, in altra comunicazione, dal professor Rossi, di lasciarli, per le delicatissime medicazioni successive occorrenti, ricoverati sul posto, in una tenda di quelle costituenti l'«Unità», con parte del personale.

Ora dove va a finire l'«Unità»? E chi rimane a curarli? Se è parte del personale affiatato, l'«Unità» si sdoppia, si sfascia, si indebolisce, perde il suo carattere, le sue prerogative.

Se si tien conto poi che tale Unità, come fu affermato, deve, per varie ragioni, essere almeno a 10 chilometri dietro la linea del fuoco, valeva la pena di spendere tanto denaro, per ottenere la stabilità facile, quando a pochi chilometri di più può esserci l'Ospedale fisso?

Non sarebbe miglior cosa dotare largamente questi, come le «Unità Mobili» e realizzando molto risparmio, di materiale ricco, di locali e di personale adatto, e mettere così i laparatomizzati come i cranici, in una parola i cavitari, in grado di essere lasciati tranquilli e in condizioni più favorevoli alla guarigione?

Tale era il pensiero del generale Imbriaco. In verità per parecchie di queste «Unità» è già avvenuto per forza di cose che la loro mobilità non fu messa in valore e che invece di funzionare come mobili, siano in realtà fisse.

L'O. fa un voto e cioè che, dal momento che ci sono, se ne cavi il miglior profitto e diventino fisse.

BOZZI. — Molti operatori in casi di ferite addominali di guerra usano drenare: l'O. crede che, intervenendo precocemente si possa chiudere, almeno in molti casi, l'addome *per primam*.

BONOMO. — A proposito delle ambulanze chirurgiche d'Armata l'O. dice che, fautore convinto dell'intervento negli addominali, fin dal principio della guerra, essendo a capo dei servizi sanitarii della terza armata, si preoccupò di organizzare negli ospedali da campo di prima linea le condizioni necessarie alla effettuazione di tali interventi. Per questo le ambulanze chirurgiche vennero affiancate agli ospedali più avanzati e di questi venne accresciuta la capacità in letti. Così, per la ubicazione loro, le ambulanze potevao ricevere feriti anche dopo sole 6 ore dal trauma, e, per il notevole numero di letti a disposizione, non erano costrette a sgomberi precoci quanto dannosi.

Quanto alla mobilità e alla divisibilità delle ambulanze, essa fu a lungo studiata e fu anche tentato di mantenerle in posizioni più avanzate di quelle in cui erano gli ospedali di prima linea, ma si dovette presto rinunciare a ciò per l'assoluta necessità di un ambiente tranquillo e sicuro non soltanto per gli operatori, ma specialmente per i feriti, cui il rumore del fuoco vicino riesce oltremodo penoso e nocivo.

Quanto al rendimento operativo esso è stato notevolissimo. Però è da segnalare un inconveniente non di rado presentatosi: la necessità che un gruppo di addominali sia costretto ad attendere il proprio turno per subire il salutare intervento. Come rimediare a questo inconveniente, la cui gravità è ovvia appena si pensi alla enorme importanza del fattore tempo nella prognosi delle ferite addominali? Si potrebbe accrescere il numero di queste unità sanitarie. Meglio però varrebbe porre gli ospedali avanzati nella condizione di poter eseguire

tali interventi cavitarii, cosa che l'O. ha cercato di fare ed in parte ha ottenuto. Per avere tale capacità operatoria basta infatti dotare gli ospedali di prima linea di apparecchi radiologici, di apparecchi di sterilizzazione e specialmente di chirurgi valenti, perfettamente assecondati dal resto del personale e, cosa di grande importanza, fissi, stabili, chè ricca di inconvenienti è la rotazione dei chirurgi di tali formazioni sanitarie.

L'O. termina formulando il voto che dal Congresso parta un autorevole monito affinchè la nostra organizzazione sanitaria di guerra abbia tutta la potenzialità necessaria perchè i soccorsi in prima linea siano completamente efficaci, affinchè i nostri ospedali da campo abbiano tutte le indispensabili garanzie di personale e di materiale.

NIGRISOLI. — A coloro i quali fanno alle ambulanze chirurgiche d'Armata l'appunto di trovarsi lontano dalla linea del fuoco, in modo da non rispondere al loro còmpito, l'O. dice che quella del prof. Rossi distava 6-7 km. dalla linea di combattimento; quella del prof. Bastianelli era così vicina a tale linea da poter avere i feriti anche dopo mezz'ora dal trauma; la propria ne distava tre ed ora sei km.

TRICOMI. — È d'accordo con i criterii interventisti del prof. Calabrese; accenna ai pregiudizii astensionisti delle guerre precedenti e domanda conto al Calabrese della grande abbondanza di incisioni laparotomiche nelle regioni ipocondriache o addominali laterali osservate nelle diapositive di operati da lui presentate al Congresso e facenti contrasto evidente con la scarsità di incisioni laparotomiche mediane. L'O. ritiene la laparotomia mediana preferibile alle altre quando, come negli addominali di guerra, si deve esplorare tutta la massa dei visceri endoperitoneali.

Infine ricorda che nell'ultimo Congresso della Società Italiana di Chirurgia egli fu relatore di un tema di chirurgia addominale e fin d'allora esprimeva l'idea che, migliorando le condizioni materiali, la chirurgia addominale di guerra non avrebbe differito da quella di pace.

MARAGLIANO. — Fautore convinto della regola di eseguire sistematicamente l'esame radioscopico dei feriti all'addome, cita un caso istruttivo. Un soldato ungherese venne trasportato all'ospedale dell'O. colla diagnosi radioscopica di proiettile arrestato nello spessore delle pareti addominali. Egli morì dopo 10 ore dall'ingresso per peritonite purulenta. L'autopsia dimostrò la presenza di una scheggia di granata, con un angolo acuto e tagliente, arrestata realmente nello spessore delle pareti addominali, ed una piccola ferita del tenue causa della morte. La scheggia, evidentemente, per la depressione subita dalla parete aveva ferito l'intestino, pur non penetrando in cavità.

BASTIANELLI. — Il prof. Nigrisoli ha riferito che su cento casi non operati, perchè gravissimi, vide guarire solo il 30 per cento, e una cifra simile riportò il Saviozzi, sebbene su un numero minore di casi.

Nella terza ambulanza non si ebbe tale successo, poichè su 84 feriti con lesione viscerale non operati guarì il 14 per cento, e in ciascuno dei guariti la diagnosi topografica aveva stabilito che non esistevano lesioni del tratto gastro-intestinale.

In altre parole guarirono solo quelli che non furono operati perchè la diagnosi escluse la necessità di un'operazione, mentre quelli nei quali sarebbe stato necessario l'intervento, ma la gravità lo sconsigliava, tutti morirono. È perciò necessario che i colleghi illustrino bene questa percentuale di guarigione, affinchè non sia presa senz'altro da qualche partigiano dell'astensione, che potrebbe giovarsene molto facilmente. Già il Nigrisoli ha detto che non riteneva probabile che tra i guariti vi fossero lesioni intestinali, ma occorre documentare fatto per fatto ora che, non qui fortunatamente, ma altrove, si sente spesso ritornare la questione dell'astensione e il tentativo di risolverla colla statistica. Nella terza ambulanza non si è visto guarire un solo ferito intestinale non operato.

Quanto al tempo utile per l'intervento, non vorrebbe che l'orologio solo lo decidesse con i limiti fissi.

Mentre si sono ottenuti anche successi in interventi tardivi, dobbiamo ritenere che il limite delle sei ore sia già troppo esteso come limite generico, anzi per le gravissime lesioni l'O. ritiene che già dopo breve tempo, forse prima di un'ora, assai spesso la sepsi peritoneale sia irreparabile, poichè questi feriti, salvo eccezioni, muoiono tutti dopo l'operazione. Occorrerebbe perciò un posto laparotomico avanzato, ben protetto, se si credesse che anche per questi feriti l'organizzazione più perfetta potesse dare una qualche guarigione.

Il prof. Tansini ha proposto di rendere fisse le ambulanze, sia perchè di fatto non si muovono, sia perchè, muovendosi, debbono abbandonare i feriti o farli trasportare con grave danno.

L'O. invece crede che le ambulanze mobili debbano esistere, e non importa affatto che si muovano spesso. Anche la guerra, è oggi stazionaria. Ma se occorresse in un qualche punto il rapido accorrere di una o più unità sanitarie, solo l'auto-ambulanza potrebbe farlo efficacemente.

E se le truppe avanzassero e si ritenesse opportuno di spostare in avanti il soccorso ai feriti addominali, una qualche unità sanitaria dovrà pure avanzare, e allora perchè piuttosto un ospedaletto provvisto dei mezzi adeguati che non un'auto-ambulanza?

Il generale Bonomo ha giustamente detto che era suo desiderio dotare se non tutti, almeno molti ospedali dei mezzi per soccorrere feriti addominali, e nessuno più dell'O. sarebbe lieto di vedere un tale miglioramento. Ma è da osservare che, se si lamenta da lui la possibilità di un ingombro di addominali in un'auto-ambulanza, facienti per così dire la fila per essere operati, lo stesso avverrebbe negli ospedaletti: solo la fila sarebbe fatta dagli addominali e da altri feriti mescolati. Perciò occorrerebbe ad ogni modo specializzare gli ospedaletti per le varie lesioni, sicchè le Sezioni di Sanità sapes-

sero dove inviare gli addominali, dove i cranici, dove le fratture, ecc. Nulla snerva di più e fa perdere più tempo che il dover passare da una laparatomia ad un apparecchio gessato, o ad un ferito con multiple lesioni richiedenti anche una-due ore di cura minuziosa. Del resto il metodo che dobbiamo adottare oggi per la cura profilattica delle infezioni richiede tempo, e il rendimento delle unità sanitarie sarà tanto maggiore quanto più sarà buona l'organizzazione, e cioè la possibilità di turni di lavoro, il che richiede personale e mezzi. Senza di che, e forse malgrado questo, in certi giorni, ci sarà dappertutto la fila.

CALABRESE. — Risponde al prof. Tricomi che le incisioni ch'egli ha praticato negli addominali sono state suggerite sempre dalla localizzazione anatomica della lesione.

SAVIOZZI. — Dà alcune delucidazioni al prof. Bastianelli circa la casistica più numerosa di benignità con l'astensionismo, dimostrando che la benignità non è che apparente, perchè dei 19 casi riportati con guarigione spontanea, 5 non presentarono affatto fenomeni addominali, 3 presentarono ferite per le quali si rimase incerti se fossero penetranti, 5 presentarono fenomeni di peritonite circoscritta, 2 lesioni limitate al fegato e si giudicarono guaribili senza intervento; restano 4 casi, dei quali 1 con fistola stercoracea immediata e 3 con fistola stercoracea tardiva.

Se si tolgono questi ultimi 3 casi, nei quali probabilmente non si trattò di lesione primitiva del tubo enterico, resta un unico caso di lesione intestinale con esito in guarigione spontanea, e quindi le cifre della mortalità con l'astensione nelle ferite del tubo gastro-enterico sono in perfetta armonia con quelle del Bastianelli.

Dott. L. C. ZAPELLONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOLOGIA.

Significato clinico dell'esame del succo gastrico.

Il Prof. L. W. Kohn (rif. in *Gazzetta degli Osp. e Clin.*, 21 dicembre 1916), somministra la colazione di prova di Ewald-Boas, che consiste di 200-250 cmc. di acqua o the (in Italia per lo più caffè diluito con acqua) e 40 gr. di pane. Dopo 50-60 minuti si estrae mediante l'aspirazione il contenuto gastrico.

Quantità. — In usi normali si dovrebbero estrarre dai 20 ai 65 cmc.; l'aumento può significare delle forme anche lievi di insufficienza motoria, dell'atonia, ovvero una ostruzione di tipo organico o spastico, talvolta anche l'ipersecrezione. La diminuzione o l'assenza dimostra un certo grado di ipermotilità.

Aspetto. — Un eccesso di componenti liquidi può significare un'ipersecrezione se il liquido non consiste principalmente di muco, nel qual caso può trattarsi di gastrite mucoide. Un eccesso di componenti solidi sta invece ad indicare atonia, dilatazione, ptosi oppure qualche forma di ostruzione. In casi di secrezione acida sufficiente od eccessiva, il pane si trova in forme molto fine e ben divisa, mentre in casi di subacidità od iposecrezione, le particelle di pane appaiono poco divise, grossolane o gommose. Quando si tratta di vera ostruzione del piloro il contenuto, sedimentando presenta tre strati, uno solido più basso, che consta di elementi solidi (pane), uno medio liquido torbido ed uno superficiale schiumoso o gazoso, dovuto a processi fermentativi.

Odore. — Per lo più di pappa, talora decisamente acido; quando v'è fermentazione degli idrati di carbonio si ha un odore di muffa, se vi sono processi putrefattivi, si ha odore di idrogeno solforato, se vi è fermentazione butirrica, si ha un odore di burro rancido. L'odore è molto fetido nel carcinoma, fecaloide nell'ostruzione intestinale.

Acidità. — L'acidità totale varia, nei casi normali fra 45 e 75 gradi, mentre l'acido libero può variare fra 20 e 50 gradi. Questo dato deve però esser messo in rapporto con la quantità del liquido, e quindi con la stimolazione secretoria e con la motilità. Così l'aumento di acidità, associato ad una scarsa quantità di liquido, indica uno svuotamento rapido (ipermotilità) con la permanenza di piccola quantità relativamente concentrata. L'aumento di acidità che si presenta con grande quantità di liquido si può invece spiegare con un'azione ghiandolare prolungata ed intensa associata con spasmo pilorico ovvero con atonia della muscolatura gastrica. Se il liquido ad alta acidità si trova in quantità approssimativamente normale, si può parlare di ipercloridria.

Anche nel caso di diminuzione dell'acidità si deve considerare il principio della diluizione governato dal grado di secrezione e di motilità. In tali casi, quando la quantità è abbondante, si presenta l'interpretazione della insufficienza della muscolatura; se la quantità è diminuita si può sospettare una deficienza di secrezione gastrica; se la quantità è approssimativamente normale, si può sospettare una deficienza della reazione e della motilità gastrica. Quando poi l'acidità è eccezionalmente bassa (a 10 gradi circa) e manca l'acido libe-

ro, si tratta di achilia e sono allora assenti anche i fermenti; anche la quantità di liquido è molto piccola e consta prevalentemente di muco: vi si associa di solito una ipermotilità.

Gli acidi organici (lattico, acetico, butirrico, sarcolattico) si trovano di solito in quantità molto piccole; la loro formazione va generalmente attribuita ad un difetto o ad insufficienza di motilità, in conseguenza della quale si verifica un ristagno di materiale alimentare che provoca la formazione di tali acidi per fermentazione. Essi sono presenti quando esiste un certo grado di stasi; l'acido cloridrico libero è assente o in piccolissime quantità.

Prove sui fermenti. — Si fanno quando vi è diminuzione dell'acidità totale o assenza di acido libero. La spiccata deficienza o l'assenza di essi fa pensare ad una gastrite cronica, complicata o non con il carcinoma, ad affezioni costituzionali, ad atrofia della mucosa, a turbe secretorie neurotiche, ad achilia probabilmente congenita. In generale è sufficiente la prova sul caglio, che si esegue osservando l'azione di differenti diluizioni del contenuto gastrico sul latte; la coagulazione nella diluizione da 1/20 a 1/160 indica la presenza di caglio.

Prova di Wolf-Jungmann (albumina solubile) fondata sulla precipitazione dei prodotti albuminosi solubili del contenuto gastrico. Quando avviene in diluzioni di 1: 200, si tratterebbe di carcinoma gastrico: il liquido però non deve contenere acido libero. Quando si possa escludere che sieno arrivate nello stomaco delle grandi quantità di secreto bronchiale o salivare, materiale di denti cariati, emorragie notevoli e quando si sia certi che lo stomaco era vuoto almeno sei ore prima della colazione di prova, tale ricerca ha un significato meglio definito, poichè è possibile che lo stomaco in un'affezione maligna secerna un fluido contenente grande quantità di albumina, proveniente dal neoplasma stesso, o da qualche parte della sua parete. FIL.

TERAPIA.

Il trattamento della tosse.

La tosse non è che una modificazione della respirazione, caratterizzata da una ispirazione profonda, seguita subito dalla chiusura della glottide e da una serie di espirazioni, che si ripetono a brevi intervalli. Essa deve ritenersi di natura spastica, dovuta probabilmente a qualche irritazione nell'apparato respiratorio.

Vi è una forma di tosse nervosa dovuta ad azione reflessa, con punto di partenza dal naso (polipi) dallo stomaco, dall'orecchio, ecc., l'esistenza di una vera tosse isterica è assai problematica; spesso si è riscontrato in tali casi un'ugola abnormemente lunga.

Oltre le malattie locali dell'apparato respiratorio, è opportuno ricordare anche la tosse dell'aneurisma toracico incipiente, che si osserva in individui dell'età media, senza cause apparenti, ad eccessi parossistici, accompagnata la dispnea, che simula l'asma; in tali casi la radioscopia potrà aiutare molto la diagnosi.

Per quanto riguarda il trattamento, la tosse (A. Stewart, *The practitioner*, febbraio) può venire divisa in utile ed inutile; appartiene a quest'ultima la tosse dello stadio secco nella bronchite acuta, quella della pleurite, e dello stadio iniziale dell'asma.

Nel caso della bronchite la tosse diminuirà quando si sia provocata la secrezione di sufficiente quantità di liquido da parte della mucosa bronchiale, ciò che si ottiene con la somministrazione di joduri alcalini (1/2 gr. di joduro di potassio o sodio ogni 4 ore); essi hanno anche un buon effetto nella tosse secca notturna dei tisici; in tal caso si somministrano la sera e si uniscono con un calmante se l'irritazione è eccessiva.

L'uso di altre sostanze, ritenute espettoranti, è affatto empirico e può rivelarsi utile solo quando si ottenga l'effetto emetico; l'azione più evidente si ha nell'asma con la somministrazione di ipecacuana (60 cgr.) o tartaro emetico (20 cgr.) o apomorfina; questi due ultimi hanno però un'azione depressiva, che può venir combattuta somministrando contemporaneamente della stricnina. L'apomorfina ha anche il vantaggio di agire come sedativo.

Quando la tosse è eccessiva e produce grande irritazione, è necessario ricorrere ai calmanti, fra cui principalmente all'oppio ed ai suoi derivati, morfina, eroina, codeina; le prime hanno azione quasi uguale e possono usarsi alternativamente. Nel caso di intolleranza, si può ricorrere ad una miscela di cloralio ed antipirina, oppure al fenazone, alla dose massima di 30 cg.

L'A. nella tosse stizzosa dei tisici mescola il fenazone con lo joduro, aggiungendovi un po' di cloroformio e di morfina: raccomandata da altri è anche la tintura di gelsemium.

Nei casi di tosse non molto forte e cronica, è consigliabile l'uso del creosoto, che può essere continuato anche a lungo; per evitare l'azione locale irritante si darà mescolato o con glicerina, a parti uguali, oppure con olio d'oliva, in capsule gelatinose.

La dose iniziale è di 1/4 di cmc., arrivando

ad un massimo di 3/4 di cmc. Nella bronchite cronica con espettorato denso, si può dare il carbonato di creosoto con joduro di potassio, in emulsione gommosa a cui si aggiunge della tintura di cannella e dell'acqua di cloroformio; l'A. ha ottenuto con tale miscela dei buoni effetti, specialmente negli attacchi dispnoici dei tisici.

Nei casi di tosse riflessa da cause locali, il trattamento è evidente. La tosse asmatica degli individui grassi subìsce notevoli miglioramenti con una dieta adatta dimagrante: il dimagramento però non deve essere eccessivo, poichè altrimenti si nota il ritorno dell'asma.

I. P.

PROFILASSI.

Il trattamento dei portatori di bacilli difterici.

A tale scopo sono stati proposti diversi metodi; fra di essi le polverizzazioni, i gargarismi, le inalazioni locali sono di effetto molto dubbio; ha goduto anche una certa voga l'uso di batterî antagonistici (colture di stafilococchi, di bacilli dell'acido lattico); per allontanare i bacilli difterici sono state persino consigliate delle insufflazioni di caolino.

Sembra anzitutto necessario di precisare il punto in cui si trovano i bacilli; solitamente si rinvengono nelle tonsille e nelle cripte tonsillari; si comprende quindi come i bacilli scompaiano generalmente dopo la tonsillectomia, mediante la quale viene allontanato un importante focolaio d'infezione. Giova però notare che in qualche caso, anche dopo tale intervento, i bacilli hanno continuato a svilupparsi.

Si è tentato anche di aumentare l'attività leucocitaria nelle secrezioni nasali e faringee. Nei portatori si nota che il potere fagocitario del sangue è aumentato, mentre però nel naso e nella gola si trovano molti leucociti non fagocitanti.

Del resto anche l'uso di sostanze che provocano la fagocitosi sperimentale (siero normale, sospensioni di leucociti, cloruro di calcio, di magnesio, salicilati, acido lattico) è stato affatto inefficace.

(*Journ. of Am. med. Assoc.*, 4 nov. 1916).

FIL.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

The Medical Annual, anno 35° (1917). Un volume in-8° gr. di pag. 668. Bristol, John Wright and Sons Ltd. Rilegato. Prezzo s. 11.

Tutti gli sforzi della professione medica da tre anni sono diretti ad elucidare i gravi problemi che la guerra solleva nel campo della chirurgia, della medicina interna, dell'igiene, dell'organizzazione sanitaria, della farmacologia. Ce ne dà una prova il volume che presentiamo, il quale rispecchia i progressi realizzati in questi ultimissimi tempi.

Esso è destinato a rendere notevoli servigi in quanto che ci offre raccolte e ordinate moltissime nozioni e conquiste, le quali erano in gran parte sfuggite all'attenzione dei periodici di medicina, a motivo delle difficoltà create dalla guerra alla stampa periodica e del sovralavoro e della fretta che caratterizza oggi l'opera redazionale.

Il « Medical Annual » tende sempre più ad assumere carattere ed intendimenti pratici: onde la copia e precisione dei dettagli relativi così agl'interventi ed ai presidî chirurgici, come alle ricerche chimiche e batteriologiche, come alle azioni farmaco-dinamiche, ecc., ecc.

Tra gli autori del volume troviamo, come nelle precedenti annate, molti nomi notissimi nel mondo medico: Little, Hutchison, Rogers, Goodall, French, Andrews, Wheeler, Hunt, ecc.

E, come al solito, è da lamentare che sia stato tenuto conto quasi esclusivamente della produzione inglese ed americana, pochissimo di quella francese e nulla delle altre!

R. B.

Hospital of the Protestant Episcopal Church in Philadelphia. Medical and Surgical Reports. Vol. III, Philadelphia, Press of WM. J. Dornan; rilegato.

Questo interessante volume contiene lavori troppo eterogenei perchè ci sia dato di tentarne un'analisi critica.

Ci limiteremo a riportare i titoli di alcuni tra i più pregevoli contributi in esso raccolti: Given, *Storia dell'anestesia;* Robertson e Klauder, *I vari tipi di lue;* Piersol, *L'esame della funzione renale;* Alexander, *Trattamento delle vecchie cicatrici retratte;* Ashhurst, Steinke, John, *Chirurgia delle ossa e delle articolazioni degli arti;* Ashhurst, *Amputazioni cinematoplastiche;* Moore, *La frattura della base del cranio;* Moore, *Trasfusione del sangue;* Jones, Beunette, *Chirurgia di guerra;* Stevens, *La sindrome iperclioridrica;* Parke, *L'operazione cesarea;* Ashhurst, Escissione della lingua (variante della tecnica di Crespi e Bastianelli); Biedert, *Affezioni della tonsilla linguale;* Ring, Krauss, *Esoftalmo pulsante;* Brown, *Atrofia ottica;* Hooker, *Zoster arsenicalis.*

Il volume è corredato di 124 figure.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per l'equo trattamento.

Si racconta che un ambasciatore di un paese asiatico quando i tedeschi si avvicinavano a Bruxelles fu tra i primi ad abbandonare la capitale dell'eroico Belgio, ed a quelli che lo consigliavano a restare facendogli presente che come diplomatico di una nazione neutrale egli non correva alcun pericolo, rispose che il cannone non ha occhi come non ha cuore.

Il pavido diplomatico non poteva meglio definire la cieca malvagità della guerra. La più grande e la più crudele fra le aberrazioni umane non può consentire pietà, non può essere distributrice di giustizia e di equità. E tre anni di dura esperienza ce ne hanno data la conferma.

Non si può ammettere che i governi di tutti gli Stati belligeranti non si siano sforzati in linea di massima a distribuire a tutti i cittadini con una certa equità i disagi, i dolori, i martirî, che la guerra dispensa sì generosamente. Ma esistono pure condizioni di fatto, necessità della guerra stessa che rendono spesso questi sforzi frustanei. E ciò sia detto come attenuante generica alle eventuali colpe, non ad assoluzione di qualsiasi responsabilità, o ad incitamento a perseverare negli errori.

Ho ricevuto in questi giorni dai colleghi che si trovano al fronte numerose lettere

censura

: sono gli ufficiali medici di complemento che chiedono un trattamento nelle promozioni e nelle attribuzioni analogo a quello fatto ai colleghi dell'esercito permanente; sono gli ufficiali della Croce Rossa che reclamano gli stessi diritti che godono gli ufficiali di complemento e di essere sollevati da alcuni doveri. **Censura**

non sarà del tutto inutile considerare se ed in quanto **censura** le lamentele dei colleghi in merito all'affermata disparità di trattamento in confronto degli ufficiali medici di carriera abbiano ragione d'essere.

E nell'affrontare questo problema, per il quale come ripeto chi scrive è sollecitato da ogni parte, va innanzi tutto fatta un'affermazione per quel che riguarda l'intenzione che ci muove e che ci fa parlare: le rivendicazioni di questa o di quella categoria di cittadini ora più che mai vanno subordinate agli interessi generali, che attualmente si confondono con l'esito e le finalità della guerra.

Ed in vero la classe medica può rendersi questa giustizia, che

censura

, il senso del dovere, spinto fino al sacrificio, non ha mai fatto difetto.

La lamentata disparità di trattamento si riferisce a due ordini di fatto: le promozioni ordinarie degli ufficiali di complemento sono lente, mentre quelle degli ufficiali di carriera sono rapidissime (van passate sotto silenzio per amor di patria quelle per merito di guerra); i posti direttivi sono sistematicamente assegnati a questi ultimi, **censura**

Tali affermazioni, che potrebbero dirsi anche constatazioni, rispondono genericamente a verità. E dico genericamente perchè non bisogna dimenticare che al principio della guerra vecchi ufficiali di carriera cronicizzati nel grado di capitano, e cronici aspiranti al grado di maggiore, videro assegnato questo grado a giovanissimi medici che non avevano mai saputo l'amaro della vita militare.

Ma a parte ciò non si può negare che per i medici di carriera la guerra è stata la valvola che ha dato sfogo alle loro più che legittime aspirazioni. Ed aggiungiamo subito che se prima della guerra le condizioni degli ufficiali medici non erano neppur discrete, tanto che il loro reclutamento per le scarse attrattive non era facile, oggi per il mutato stato economico generale, malgrado i voli di carriera, sono ritornate anacronistiche.

Tutto ciò però non giustifica, anzi rende meno tollerabile il trattamento fatto agli ufficiali medici di complemento. Nè a giustificarlo vale la considerazione che analoga disparità esiste per la generalità degli ufficiali appartenenti a tutte le armi, a tutti i corpi dell'esercito. Una tale obbiezione non ha ragione d'essere perchè, come ebbe a dichiarare il ministro della guerra, le promozioni nel corpo sanitario militare,

trattandosi di un servizio schiettamente professionale, per il quale non è richiesta una speciale competenza tecnico-militare, vanno fatte con criterî differenti da quelli applicabili alle altre categorie di ufficiali.

Non si spiega quindi perchè le promozioni degli ufficiali medici di complemento non debbano avere il medesimo ritmo di quelle degli ufficiali di carriera.

Non si può ora pretendere che i medici di complemento non abbiano la capacità di assolvere mansioni direttive burocratiche, ora quasi esclusivamente riservate a quelli di carriera. Io ho sempre sostenuto che per ben fare il medico militare occorre, sopra tutto nei riguardi medico-legali, una preparazione che non tutti i liberi professionisti potevano vantare. Ma ora dopo due anni e più di guerra non si può affermare che vecchi medici che hanno trascorso buona parte della loro vita nell'esercizio clinico abbiano minore esperienza della sanità militare di quel che ne possa avere un giovane medico diventato ufficiale effettivo subito dopo la laurea con o senza la cresima di Firenze.

Questi tre anni vissuti a contatto della guerra guerreggiata, nei reggimenti, nelle sezioni di sanità, negli ospedali da campo, non sono sufficienti a dare l'attitudine, la capacità specifica del medico militare? La scuola dei fatti, la istruzione appresa nelle trincee non è altrettanto efficace di quella appresa sui regolamenti scritti e nei depositi o negli uffici? Perchè dunque questa capacità, che è il frutto d'indicibili tormenti, di sacrifici, di rinuncie, di tremende lotte sentimentali, non deve essere riconosciuta? Perchè i medici di complemento non devono concorrere nella stessa misura che gli effettivi alle promozioni, ai posti direttivi?

Non si può non compiacersi, e più per amore di giustizia che per spirito di solidarietà, che agli ufficiali medici di carriera sia fatto un trattamento che è anche men che adeguato alle loro prestazioni, ma da ciò a tollerare che agli altri, a quelli che della guerra sopportano oggi tutti i sacrifici, affrontano tutti i pericoli, come domani dovranno subirne tutte le conseguenze, siano ricompensati sotto il punto di vista materiale e morale in misura molto più bassa.

Sarebbe difficile trovare oggi chi avesse la pretesa di affermare che ad assolvere le mansioni direttive nel servizio sanitario militare non potessero essere chiamati molti fra i medici civili che prima della guerra avevano già data prova non solo di sapere curare feriti e malati, ma anche di essere degli eccellenti organizzatori, e che quindi a questi medici non potessero essere assegnati gradi più confacenti al loro decoro ed alle prestazioni che potrebbero dare.

L'attuale stato di cose invece consente che medici di complemento anziani, sperimentati nella pratica civile ed oramai anche in quella di guerra, siano scavalcati nella gerarchia da giovani con molti anni di laurea di meno, meno sperimentati quindi nella pratica civile, ammesso che ne abbiano mai fatto, e forse anche in quella di guerra.

Non mi stancherò di ripetere che gli ufficiali medici di carriera hanno ben titolo al trattamento che viene loro fatto e che costituisce anche una riparazione per i torti subìti in tempo di pace: che dell'alea della guerra essi si dovevano avvantaggiare come si sono avvantaggiati gli ufficiali di carriera di altri corpi dell'esercito. Ma non per questo dovevano essere sacrificati quelli di complemento. Temerei di sconfinare oltre quello che è consentito se facessi delle generalizzazioni al riguardo. Per rimanere nel nostro campo ripeterò che tutti i diritti, tutte le prerogative, tutte le necessità di servizio cedono di fronte alla considerazione che i maggiori oneri della guerra sono stati sopportati dai medici di complemento. Questi prima della guerra avevano anche essi qualche diritto acquisito, che si riassumeva nella propria situazione professionale. Un diritto che è stato infranto senza titolo a ripetizione di risarcimenti. Per la maggior parte dei medici civili la professione è distrutta o per lo meno gravemente compromessa. In tutti i casi essi hanno per ora perduto più di due anni della loro esistenza professionale ed il meno che si possa dire si è che a pace conclusa avranno bisogno di altrettanto tempo per raccogliere le sparse fila della loro clientela. Gli altri godranno allora il meritato riposo delle loro fatiche.

Che oltre questa enorme differenza nei danni patiti, ve ne sia una ancora più sensibile pel momento, quale è quella nel trattamento morale e materiale, dobbiamo tutti convenirne, è molto iniquo.

Concludendo come ho cominciato, la guerra è in antitesi con ogni concetto di giustizia e di pietà. Ma qualche volta è possibile correggerne gli effetti, ed è colpevole ogni trascuranza al riguardo. Le disparità di trattamento fatte alle varie categorie del personale sanitario militare, ho ragione di ritenere ne siamo convinti tutti, non può essere spiegata con quistioni di merito, di competenza, di disciplina, di organizzazione. Forse essa sarà determinata da ragioni di economia, ma noi obbiettiamo che queste in nessun caso potrebbero scusare una così grave ingiustizia.

PANGLOSS.

(19)

Cronaca del movimento professionale.

Adunanza di medici di Siena e Provincia. — I Medici della città e provincia di Siena, adunatisi in Assemblea straordinaria, hanno votato il seguente ordine del giorno:

« Considerato che l'aumento grandissimo del costo della vita ha portato come conseguenza la diminuzione dell'opera loro personale per le ristrettezze economiche di parte notevole della popolazione;

Considerando che la concessione della tessera di povertà in larga copia, in conseguenza della guerra, sta a smentire l'erroneo convincimento di qualsiasi aumento nei redditi professionali, che segnano invece una manifesta diminuzione;

Mentre invocano dai Comuni, ove già non l'avessero accordate, gratificazioni annue ai Medici condotti, per il maggior lavoro al quale sono obbligati;

Presa in esame la nuova tassazione della matricola della tassa di esercizio e di famiglia, basata sopra criteri esagerati ed erronei di accertamento;

Tenuto conto che il provento di tali enormi inasprimenti sarebbe destinato esclusivamente a risanare disavanzi prevedibili nel Bilancio comunale, ai quali altri municipii hanno in modo diverso provveduto, dimostrando giustamente di tenere atto impolitico, in questo momento, qualsiasi aggravio nei contributi locali;

Osservano:

Che mentre la classe dei medici non ha elevato alcun lamento contro aggravi o contro nuove tasse governative destinate ad una sicura e pronta vittoria delle nostre armi, desiderio di tutti i veri italiani, e ad una pace feconda e dignitosa; e che nessuna obiezione avrebbero fatta ai nuovi aggravi per quanto irrazionali, deliberati dal Comune di Siena, qualora fossero al patriottico fine destinati;

Sono di concorde parere pertanto che ove i loro ricorsi contro l'inasprimento dei suddetti balzelli non venissero accolti, sia giusto e legittimo un aumento di tariffa da parte dei Medici, e dei Chirurghi liberi esercenti nel Comune di Siena ».

Ordine dei medici della Provincia di Vicenza. — In una recente adunanza, fra varie deliberazioni, è stato votato un ordine del giorno in cui, presa visione della domanda avanzata dal presidente della Sezione Vicentina dei medici condotti diretta ad ottenere l'aumento del 50 per cento sulla tariffa vigente per le prestazioni sanitarie, si invoca dai Comuni un aumento per le prestazioni mediche.

Ordine dei medici della Provincia di Padova. — Analoga deliberazione e votazione di ordine del giorno chiedente aumento di tariffa.

Ordine dei medici della provincia di Messina. — Su proposta del Consigliere prof. P. Lombardo Pellegrino, è stato votato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

« Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Messina,

Considerato che l'on. Brunelli si è reso incompatibile nella rappresentanza della Classe Medica al C. S. di Sanità per i suoi atteggiamenti politici in aperto contrasto con la fede patriottica dei Medici Italiani, affermata anche col sacrificio della vita;

Considerato che soltanto il culto della Patria e la religione del dovere sintetizzano l'ideale umanitario; Delibera d'invitare l'on. Brunelli a lasciare il posto di rappresentante della Classe nel Consiglio Superiore di Sanità, non potendo egli più avere la fiducia dei Medici, che pretende di rappresentare ».

ATTI PARLAMENTARI.

La Sanità Pubblica alla Camera.

L'on. BONARDI, sulla base di molteplici dati statistici, rileva che prima della guerra altissima era la percentuale dei riformati tra i giovani inscritti di leva, fenomeno che trova la sua causa nelle condizioni di denutrizione, a cui è ridotta tanta parte delle nostre popolazioni. Se nel presente stato di guerra la percentuale appare diminuita è solo perchè si è molto più rigorosi nel riconoscere i motivi di riforma. Senonchè dopo breve tempo moltissimi di essi si palesano inadatti al servizio militare. Di tutto ciò occorre seriamente preoccuparsi, tenendo presente che l'immiserimento organico e mentale del nostro popolo conta fra i suoi coefficienti più notevoli anche il soverchio uso delle bevande alcooliche. Ritiene pertanto che debbasi moderare l'uso del vino, specialmente da parte dei militari.

Quanto alla diffusione delle malattie veneree nell'esercito, raccomanda di curare che i soldati non siano restituiti alla famiglia con affezioni, la cui diffusione costituisce un danno sociale gravissimo per il presente e per l'avvenire. Prospetta il accenna a svariate malattie ed infezioni che si saproblema della tubercolosi, rilevandone la gravità, e rebbero diffuse in Italia per causa della guerra.

Nota come tuttora nel nostro Paese si contino a decine di migliaia i malati di pellagra, e come quasi tutta la povera gente, specialmente nelle campagne, sia affetta di anchilostomiasi, causa gravissima di impoverimento del sangue e di deperimento dell'organismo.

Dimostra la necessità di migliorare la alimentazione delle classi lavoratrici, rendendo possibile anche ai lavoratori delle campagne di cibarsi di carne.

Sostiene che la saccarina non può sostituire lo zucchero perchè priva di qualità alimentari mentre non è destituita di qualità tossiche.

Nei riguardi della saccarina gli ha risposto il ministro Meda nel senso già da noi riferito (sul fascicolo scorso).

L'on. BRUNELLI raccomanda che nei provvedimenti per l'approvvigionamento del Paese non si perdano di vista le esigenze igieniche. Così insiste nell'affermare che la saccarina è dannosa alla salute. Lamenta la cattiva confezione del pane. Crede sia stato errore imporre una tassa sui sieri e sui vaccini.

Rivolge queste raccomandazioni in modo particolare all'on. ministro Bianchi.

Lamenta l'indirizzo eccessivamente burocratico della sanità militare, poichè esso si risolve nella distruzione di ogni senso di responsabilità personale. Non approva l'ingerenza eccessiva dell'elemento non tecnico. Deplora lo spadroneggiamento negli ospedali militari dell'elemento clericale. Invoca la istituzione di un ispettorato autonomo di sanità militare. Sollecita che vengano semplificati i giudizi di malattia, suggerendo che vengano affidati al medico che per primo ha assunto la cura del solato ammalato.

Constata che l'assistenza ospitaliera attraversa una grave crisi, cui potrebbe provvedersi introducendo l'assicurazione obbligatoria del proletariato contro le malattie.

Infine raccomanda che si diffonda sempre maggiormente, sovratutto nel Mezzogiorno, l'educazione igienica, che sola può assicurare al Paese una popolazione sana e robusta.

L'on. DE RUGGIERI raccomanda, tra l'altro, la sistemazione dei terreni mediante le bonifiche; insiste perchè siano ultimati i lavori dell'acquedotto pugliese.

L'on. BUSSI invita il Governo ad un riordinamento generale della sanità militare, dando ad essa una vera e propria autonomia con direzione generale propria, togliendola dalla dipendenza dei servizi logistici, armonizzandone l'azione in coordinazione colla direzione generale della sanità civile, riordinandone con criterio di valorizzazione professionale e scientifica il personale, semplificandone l'inceppante burocrazia che soffoca ogni sviluppo tecnico, riformando ed uniformando alle moderne cognizioni di eziologia, di patologia e di medicina legale i troppo antiquati regolamenti. Confida che il Governo vorrà dare formali assicurazioni nel senso di decentrare e ringiovanire gli organismi della sanità militare.

Rende omaggio all'abnegazione dimostrata dal corpo sanitario in occasione della guerra.

Del problema sanitario si sono occupati anche, in ordini del giorno, gli on. MAFFI, DE CAPITANI e PIETRAVALLE, caldeggiando l'assistenza sanitaria delle classi lavoratrici integrata a mezzo dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

L'on. DE NAVA, *ministro dell'industria, commercio e lavoro,* ai vari oratori che si sono occupati della assistenza sanitaria delle classi lavoratrici, dichiara di essere favorevole al concetto di un sistema inspirato al principio della previdenza sociale mediante l'assicurazione contro le malattie. Ma il problema offre gravissime difficoltà tecniche e finanziarie; trova anche ostacolo nella scarsa preparazione della classe lavoratrice. L'O. annuncia che intanto è stato provveduto all'assicurazione per la vecchiaia degli operai degli stabilimenti ausiliari in numero di seicento mila.

Una Commissione composta di uomini di speciale competenza studierà il problema generale dell'assicurazione contro le malattie; l'O. si augura che questo venga sollecitamente e adeguatamente risoluto; ciò che condurrà ad affrontare anche l'altro problema dell'assicurazione contro gli infortuni in caso di inabilità temporanea.

L'on. ORLANDO, *ministro dell'interno,* si associa alle dichiarazioni fatte dall'onorevole De Nava, e annunzia che dell'assicurazione contro le malattie si occupa anche il Consiglio superiore della beneficenza. Accetta pertanto gli ordini del giorno in tal senso degli onorevoli De Capitani, Brunelli e Pietravalle. All'onorevole Bonardi osserva che, per eccessivo spirito critico, si è dimostrato soverchiamente pessimista. Se molto rimane a fare, molto si è fatto e si è ottenuto. L'indice migliore delle condizioni sanitarie del Paese è la statistica della mortalità. Nel 1888 moriva il 27 per cento della popolazione; nel 1913 il 17 per cento; nel 1888 su mille nati solo 500 arrivavano ai sei anni, oggi su mille nati cinquecento in media giungono ai trent'anni. Dice che l'Italia si è sempre interessata delle condizioni dei tubercolosi ed ha cercato di combattere con ogni mezzo il morbo sottile. Basta a tale riguardo consultare le statistiche che vanno dal 1888 a questa parte per constatare quali progressi si sono fatti in questo campo.

Difende l'opera delle autorità sanitarie civili e militari.

Siamo stati minacciati in questo ultimo periodo — dice l'on. Orlando — dalle più terribili epidemie: colera, tifo, meningite, anche la peste. Molte cose il pubblico non le sa ed è bene che non le sappia. Ma noi siamo riusciti ad infrangere le insidie del male e ad evitare che l'infezione si propagasse. A questo proposito non sarà mai abbastanza encomiata l'opera energica ed illuminata compiuta dalla Direzione della sanità pubblica, di accordo con la Sanità militare.

Cita un esempio. In una delle avanzate le nostre truppe hanno occupato alcune trincee nemiche che erano piene di cadaveri austriaci e infette di colera. Tutta una brigata ha dovuto occupare quelle trincee; moltissimi soldati hanno contratto il morbo. Non si poteva sostituire la brigata perchè l'altra si sarebbe trovata nelle identiche condizioni della prima. Ebbene, si è compiuta in quella occasione una cosa straordinaria: la sanità civile, in collaborazione con quella militare, ha compiuto il risanamento completo delle trincee sotto il fuoco del nemico.

Ancora un esempio. Abbiamo dovuto trasportare sulle nostre coste i prigionieri austriaci presi dai serbi e inoltrati poi all'Asinara. I prigionieri avevano ogni sorta di malattie infettive; l'esercito che li teneva non si trovava in migliori condizioni. In sette giorni abbiamo trasportato 25 mila prigionieri. Ne morivano duecento al giorno; tre giorni dopo la mortalità era ridotta a 85; dieci giorni dopo era scomparsa del tutto. Quei prigionieri vollero costruire all'Asinara, con la pietra del luogo, un monumento a Dante. Quel monumento è una manifestazione istintiva di gratitudine verso il popolo generoso che aveva salvato migliaia di esistenze. Quel gesto ci vendica degli oltraggi recati da altri austriaci al monumento di Dante in Trento.

Al Senato.

Il sen. DURANTE ha svolto un'interpellanza *sugli invalidi di guerra,* sostenendo che il regolamento modifica sostanzialemnte le disposizioni dell'art. 1 della legge su gli invalidi della guerra.

L'on. ORLANDO, *ministro dell'Interno,* alla stregua degli atti parlamentari, sostiene che il regolamento non ha fatto che seguire quanto in pubblica discussione si era stabilito con l'art. 1 della legge.

In appoggio della tesi sostenuta dal senatore Durante parla il senatore FERRERO DI CAMBIANO, al quale controreplica l'on. ORLANDO.

Sul progetto di legge dell'*assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro in agricoltura,* parlano in vario senso i sen. PASSERINI, GAROFALO, TANARI, BENEVENTANO, LAMBERTI, FERRERO DI CAMBIANO, FRASCARA, FAINA, DORIGO e il relatore CAVASOLA.

I senatori FERRARI e BENEVENTANO hanno insistito sulla necessità di contemplare le indennità per infermità *temporanee.* Il sen. Beneventano si è preoccupato dell'onere alla proprietà fondiaria. Ha presentato lo schema di un contro-progetto.

Il ministro NAVA ha ribattuto le critiche; crede che per il momento ci si debba contentare di quanto dispone questo progetto, che è un atto di giustizia sociale verso la benemerita classe dei contadini.

Gli articoli sono stati approvati con alcuni emendamenti.

Interrogazioni e interpellanze.

Ufficiali medici di complemento.

Ad un'interrogazione dell'on. Merloni, il Ministro della Guerra ha risposto: « La circolare 445 del *Giornale Militare,* 1916, che dettava le norme per il conferimento dei gradi per titoli accademici agli ufficiali medici di complemento, dette luogo ad innumerevoli reclami e proteste, tanto che questo Ministero fu costretto sospenderne l'applicazione perchè fossero studiate nuove norme.

« Dopo minuto ed attento esame della complessa questione vennero concretate le norme contenute nella circolare 734 del *Giornale Militare* del dicembre ultimo scorso, con la quale veniva abrogata la circolare 445.

« Ciò premesso è evidente che solamente in base alla circolare 734 potesse aver luogo l'esame delle istanze presentate nel periodo intercorso fra la sospesa applicazione della circolare 445 e l'entrata in vigore della 734.

« Non può parlarsi di diritti acquisiti da parte dei medici aspiranti al grado superiore che presentarono la domanda prima del dicembre 1916, perchè, nella questione in discussione, la domanda di promozione non può costituire che un atto unilaterale per manifestare l'aspirazione a valersi di norme discrezionalmente stabilite dall'amministrazione militare, norme che la stessa può modificare quando lo ritenga opportuno nell'interesse del servizio.

« L'aver quindi applicata la vigente circolare 734, anche per le domande pervenute prima della promulgazione di essa, non significa averle conferito effetto retroattivo, perchè non si modificarono diritti precedentemente costituiti ».

Altre interrogazioni.

Sono state presentate alla Presidenza della Camera le seguenti interrogazioni:

dell'on. Toscano sulla mobilitazione dei medici militari specialisti, che vengono allontanati, in tal modo, dai reparti ove, per la loro competenza, erano indispensabili;

dell'on. Dore sul servizio sanitario nelle condotte i cui titolari furono assunti in servizio militare prima della pubblicazione del decreto 12 novembre 1916, n. 1529, senza che il Ministro della Guerra abbia obbligo di sostituirli;

dell'on. Dore sull'esonero da concedere ai titolari delle condotte mediche anzichè agli interini, anche in considerazione del fatto che quelli appartengono quasi sempre a classi più anziane;

dell'on. Dore sull'opportunità di elevare l'Ufficio sanitario presso il Ministero della guerra alle funzioni di una Direzione generale autonoma, perchè possa essere data unità ed energia di indirizzo al servizio sanitario militare;

dell'on. Dore, per la pronta pubblicazione del nuovo elenco delle infermità che dovranno esser causa di invalidità, in base ai criterî, accettati da tutta la classe medica, che un certo numero di infermità ed imperfezioni del vecchio elenco non dovrebbero dare incapacità ai servizi militari;

dell'on. Valvassori-Peroni, perchè i militari morti o riformati per tubercolosi vengano considerati, agli effetti della pensione, come quelli morti o riformati per cause dipendenti da servizio;

dell'on. Leone, sulla necessità di un acquedotto nazionale per quella parte della provincia di Campobasso che è priva di acqua potabile.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6907) *Congedo.* — Dott. B. V. da C. — Al medico interino non compete il congedo annuale di un mese che viene accordato solamente ai medici titolari.

(6908) *Certificati sanitarii.* — Dott. P. C. F. da P. — Al personale operaio adulto, che deve essere ammesso nello stabilimento industriale a scopo di lavoro è rilasciato gratuitamente il certificato di sana costituzione fisica sempre quando il richiedente sia compreso nello elenco dei poveri. Qualora il richiedente non sia povero, si ha diritto al pagamento del compenso a seconda delle consuetudini locali.

L'Istituto assicuratore deve pagare la spesa pei certificati comprovanti la continuazione della inabilità al lavoro in caso di infortunio (centesimi 50 ognuno) e quella per il certificato constatante l'esito definitivo della lesione (lire 2.00). Qualora l'operaio abbia diritto alla cura gratuita perchè incluso nello elenco dei poveri, il medico condotto o l'ufficiale sanitario non potrà esigere per il rilascio di entram-

bi i certificati alcun compenso. Alla cura gratuita ed alla relativa assistenza sanitaria l'infortunato ha diritto sempre quando sia incluso nello elenco dei poveri. Non è fissato per legge l'ammontare della indennità all'ufficiale sanitario.

(6909) *Ricchezza mobile.* — Dott. M. A da B. — Sugli assegni indicati ricade la R. M. di lire 327.09. A tale somma occorre aggiungere l'aggio dovuto all'esattore nella misura fissata per ciascun Comune. Molto probabilmente la somma che Ella paga è perfettamente giusta.

(6910) *Esonero dal servizio militare.* — Abbonato 3275. — Essendo della classe 1878 può aspirare alla dispensa dal servizio militare come unico o uno dei pochissimi sanitarii appartenenti all'ospedale civile. Per ottenere l'intento dopo pubblicato il bando di chiamata e prima della sua effettiva presentazione alle armi, l'amministrazione da cui dipende dovrebbe rivolgere al Prefetto, Presidente della Commissione provinciale; analoga domanda in cui sieno dimostrati i motivi per cui l'opera sua è ritenuta indispensabile ed insostituibile nell'interesse della assistenza sanitaria civile. Essendo figlio unico, può aspirare alla 3ª categoria nel solo caso che il genitore sia entrato nel 65º anno di età. All'uopo deve presentare al Consiglio di leva a mezzo del sindaco del proprio Comune, i seguenti documenti:

1º situazione di famiglia; 2º atto di richiesta; 3º atto di matrimonio dei genitori; 4ª atto di nascita del padre.

(6911) *Trattamento economico dei medici condotti richiamati sotto le armi.* — Dott. F. S. da Z. di G. — Gli impiegati comunali e, quindi, anche i medici condotti hanno diritto a due mesi di stipendio quando vengono richiamati sotto le armi per effetto del D. L. 10 agosto 1916, n. 1109 che si riporta al precedente del 9 luglio stesso anno n. 875. In caso di inadempienza da parte del Comune può ricorrere al Prefetto ai sensi dell'articolo 2 del D. L. 31 agosto 1915, n. 1420. Ha diritto a riscuotere la indennità da ammogliato.

(6912) *Ufficiale sanitario.* — Dott. E. F. da R. M. — Certamente ha prevalente diritto alla nomina ad ufficiale sanitario colui che ha titoli dimostranti aver compiuti studi speciali di pubblica igiene. Essendo il Decreto Prefettizio di nomina un provvedimento definitivo non può essere impugnato che con ricorso alla 4ª sezione del Consiglio di Stato per violazione di legge.

(6913) *Contributo per la Cassa di previdenza.* — Dott. A. M. da B. O. — Il servizio utile per il conseguimento della pensione è quello prestato con nomina regolare. Poichè la nomina ad interino non può dirsi regolare perchè non fatta in base a concorso, il relativo periodo di servizio non può essere tenuto in conto nella liquidazione della pensione. Esso è, però, calcolato come utile ai soli effetti del raggiungimento del relativo diritto e, cioè, del minimo di tempo necessario per conseguirlo senza tener conto del numero degli anni di tali servizii per stabilire la misura dell'assegno. Poichè nè la legge nè il regolamento subordina tale effetto al pagamento del contributo, dobbiamo ritenere che nulla debbasi pagare perchè gli anni di interinato sieno valutati nei venticinque che occorrono per l'acquisto del diritto alla pensione di riposo. Crediamo, pertanto, che Ella possa chiedere al Comune la restituzione delle somme che avrebbe indebitamente trattenute. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 8400:

La proposta deve essere fatta dal Comando del gruppo.

L'autorità sanitaria vi apporrà il suo parere.

All'abb. n. 1322:

Le circolari ministeriali non hanno effetto retroattivo.

Il collega quindi non può reclamare dall'Amministrazione militare gli assegni per i mesi di congedo avuti prima della pubblicazione della suddetta circolare.

All'abb. n. 8682:

Non ha diritto alla promozione a maggiore perchè gli ufficiali effettivi capitani della anzianità del 29 luglio 1915, non sono ancora stati promossi al grado superiore.

Data la sua anzianità di classe (1874) potrebbe però il collega chiedere di essere avvicendato dalla zona di guerra.

Agli abbonati nn. 2267 e 6251:

La circolare n. 734 del G. M. 1916 (1º dicembre) stabilisce tassativamente che non possono essere promossi maggiori medici di complemento se non coloro che inviino i documenti comprovanti essere:

1º o professori straordinari delle R. Università (facoltà medico-chirurgiche);

2º o professori incaricati ufficiali stabili nella facoltà di medicina e chirurgia;

3º o medici rivestiti della carica di ispettore sanitario della sanità pubblica del Regno o medici provinciali di prima classe.

4º o medici o chirurgi muniti del diploma di libera docenza che siano direttori o primari di ospedali, di grande importanza a giudizio della commissione di cui alla lettera *f*), e che nominati tali in seguito a pubblico concorso, abbiano esercitata la carica da non meno di due anni e che abbiano almeno dieci anni di esercizio professionale, e non meno di un anno di servizio militare, anche in qualità di assimilati, e che abbiano, durante tale periodo, dimostrato di poter covrire funzioni direttive militari;

5º o liberi docenti che siano aiuti effettivi in organico di cliniche o istituti medico-chirurgici universitari e che abbiano dieci anni di esercizio professionale, non meno di un anno di servizio militare, anche in qualità di assimilati, e che abbiano, durante tale periodo, dimostrato di poter covrire funzioni direttive militari;

6º o liberi docenti con non meno di 15 anni di esercizio professionale, che abbiano prestato almeno un anno di servizio militare, anche in qualità di assimilati, e che abbiano durante tale periodo, dimostrato di potere covrire funzioni direttive militari. M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

CATANIA. — Il concorso per la cattedra di straordinario in clinica otorinolaringoiatria ha dato il seguente risultato: 1° Citelli Salvatore, 2° Nicolai Vittorio, 3° Calamida Umberto. (Gli atti del concorso sono stati ora approvati, anche nei riguardi del 2° e del 3° classificati, in seguito a decisione della IV Sezione del Consiglio di Stato).

Libera Docenza.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori:

Dal Lago Girolamo in patologia medica a Pavia; Villasevaglios Giovanni in clinica oculistica a Napoli.

Il dott. Piazza Angelo è autorizzato a trasferire da Roma a Bologna la libera docenza in clinica delle malattie mentali e nervose.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-Chirurgo, anni 49, pratico servizio ospitaliero, esente militare, occuperebbe condotta bene retribuita in Agro romano o Suburbio Roma. — Rivolgersi dott. Casalena. — Picciano (Teramo).

Medico giovane, esente qualunque servizio militare, lunga pratica condotta medica, accetterebbe interinato probabile di nomina definitiva presso Comune circondario di Roma, ove possa accedervisi via ferroviaria od elettrica. Dirigersi al sig. Bàrreca Concetto, Roma, fermo posta.

NOTIZIE DIVERSE

La Cassa Nazionale Infortuni per gli operai mutilati.

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale d'assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro ha disposto che d'ora innanzi agli operai rimasti vittima d'infortunio in conseguenza del quale abbiano subìto amputazione importante come esito minimo, la perdita totale anatomica di tutte le dita della mano o di tutto lo scheletro del piede, siano forniti i necessari apparecchi di protesi, contribuendo, qualora se ne ravvsi l'opportunità, alla rieducazione professionale di tali operai mutilati.

Non occorre far rilevare la grande importanza del provvedimento deliberato dal benemerito Istituto il quale molto utilmente provvede così a fornire gli operai assicurati dei mezzi necessari per metterli in grado di riprendere un utile lavoro.

Sulle specialità farmaceutiche straniere.

Ci si comunica:

Un recente Decreto Luogotenenziale proibisce la importazione dalla Francia di alcuni prodotti fra i quali si trovano menzionate le specialità medicinali. Siccome si è accennato che tale provvedimento è stato preso per impedire *l'esodo dell'oro all'estero,* i sottoscritti, per la verità e per quanto riguarda le Case francesi che essi rappresentano, tengono a dichiarare che la maggior parte delle speciali preparazioni mandate dalle loro Case sono *confezionate in Italia con materiale italiano e mano d'opera italiana.* Le vendite si sono sempre fatte in valuta *italiana* senza l'aggravio del cambio non solo, ma dall'inizio della guerra a tutt'oggi l'importo delle vendite è stato impiegato in *titoli italiani di Stato* (prestito e buoni del tesoro).

A richiesta i sottoscrittori possono esibire i *bordereaux* delle Banche presso le quali si sono fatti gli acquisti.

P. Astier — Bonetti Frères — Stabilimenti Chatelain — Del Saz & Filippini — F. Galli — E. Granelli & C. — Giovanni B. Lambertini — Amedeo Lapeyre — E. Levati — Maurice Robin.

Assoluzione di un collega.

Il dott. Mariano Invidiato, da Geraci Siculo, aveva rilasciato un certificato di malattia oculare al segretario comunale, che aspirava ad un sussidio militare.

Processati entrambi, per riscossione di sussidio indebito e per certificato falso, il Tribunale di Termini Imerese aveva condannato il dottore a L. 100 di multa ed il segretario a 14 mesi di reclusione.

Appellata la sentenza, la Corte di appello di Palermo ha assolto il dott. Invidiato, perchè il fatto addebitatogli non costituiva reato, ed ha diminuito di quattro mesi la pena inflitta al segretario comunale.

Beneficenza.

A Genova il generale Capurro ha legato tutte le sue sostanze alla gestione di quegli Ospedali Civili.

A Milano il rag. Francesco Manzoni ha chiamato erede di tutto il suo patrimonio, del valore di quattrocento mila lire circa, l'Ospedale Maggiore.

Indice alfabetico per materie.

Atti parlamentari . . . . Pag. 944
Enterococco causa di gravissime complicanze endocraniche d'origine otitica . » 929
Ferite addominali di guerra . . . . . » 936
Ferite toraco-polmonari: intervento immediato . . . . » 930
Movimenti rotatori del capo durante il sonno . . . . » 925
Medici militari: per l'equo trattamento . Pag. 942
Portatori di bacilli difterici: cura . . » 941
Servizio sanitario: proposte . . . . . . » 932
Succo gastrico: significato clinico dell'esame . . . . » 939
Tosse: cura . . . . » 940

Roma, 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*
(24)

Anno XXIV. *Roma, 29 luglio 1917* Fasc. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: U. Carpi: Osservazioni sulla spirochetosi itterogena. — G. Bompiani e A. Iovene: Contributo allo studio dell'ittero epidemico tra le truppe operanti. — G. Monti: Spirochetosi nei topi ed ittero epidemico. — **Note e commenti:** M. Fasano: Sulla incisione mediana longitudinale della rotula. — G. Mendes: Sui servizi sanitari campali. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Sintesi clinica delle interlobiti nei tubercolosi. — TERAPIA: Il trattamento del meteorismo — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.** — **Varia.**

Nella vita professionale: G. Mendes: Per l'equo trattamento. — Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari.** — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

Osservazioni sulla spirochetosi itterogena

del prof. dott. UMBERTO CARPI,
maggiore medico, presso l'Ospedale militare di riserva di Voghera, docente di clinica medica nella R. Università di Pavia (*).

Alla prima comunicazione del prof. Moreschi e mia (ottobre 1916) che metteva in evidenza un'eziologia spirochetica dell'ittero infettivo castrense è seguita una serie notevole di importanti osservazioni, prova dell'interesse che l'argomento ha suscitato fra i nostri studiosi di epidemiologia di guerra.

Una seduta della Società medica di Pavia, per iniziativa del chiarissimo prof. Monti, fu tutta dedicata nel dicembre scorso alla discussione dell'ittero infettivo spirochetico e dalle esaurienti comunicazioni di Monti, sulla nosografia, l'epidemiologia e sull'anatomia patologica dell'ittero infettivo spirochetico e da quelle di Veratti, di Ascoli, di Gozzi, di Magnaghi, il concetto dell'eziologia spirochetica dell'ittero epidemico castrense ottenne fra di noi la prima sanzione.

La descrizione delle alterazioni anatomo-patologiche dell'infezione spirochetica itterogena sperimentale (Monti) trova un riscontro in-

(*) Questa nota riproduce, con lievi aggiunte, una relazione sull'argomento da me comunicata all'Intendenza generale nel gennaio di quest'anno.
U. CARPI.

teressante in quelle che Gozzi ha descritto nell'uomo, pur non essendogli riuscita la dimostrazione della spirochete nei vari organi, che da Moreschi, Monti, Veratti è stata messa in evidenza nelle sue precise localizzazioni.

M. Ascoli e Perrier e Cesa-Bianchi hanno portato una conferma all'eziologia spirochetica dell'ittero epidemico delle nostre truppe. Cesa-Bianchi e Vallardi hanno aggiunto ai reperti già noti, quello della coltura della spirocheta ittero-emorragica, secondo il metodo di Inada. Un contributo di dimostrazione indiretta all'eziologia spirochetica dell'ittero è data da Micheli coll'osservazione che il siero di itterico convalescente è capace di attenuare la virulenza del virus spirochetico in una non lieve percentuale, e che in una percentuale del 33 % circa lo stesso siero può salvare la cavia di fronte ad una dose di virus almeno quattro volte mortale. L'intensificarsi delle ricerche dei nostri autori sull'ittero epidemico castrense ha valso anche a meglio richiamare le pubblicazioni di altri autori sull'argomento, particolarmente quelle del giapponese Inada e della sua scuola, che mettono in evidenza l'analogia assoluta fra l'epidemia da noi descritta e l'epidemia di ittero che fra il 1914 ed il 1915 fu oggetto delle esaurienti ricerche degli autori giapponesi e che solo ora sono venute a nostra conoscenza. Si è voluto pur tuttavia osservare che, se nella riproduzione sperimentale la malattia da noi osservata coincide col quadro descritto dai giapponesi come spirochetosi ittero-emorragica, nelle sue caratteristiche cliniche essa presenta, nella maggioranza dei casi, un quadro molto più lieve di quello che gli stessi autori hanno descritto nell'epidemia da loro osservata e della quale la nostra può ritenersi una forma attenuata (Monti) o forse una varietà differenziata (Moreschi).

La differenza a nostro avviso più che nelle manifestazioni essenziali della malattia sta nel terreno individuale nel quale essa si svolge: essa colpisce fra i nostri combattenti individui giovani e ben provati alle fatiche e per lo più in ottime condizioni di resistenza organica. Ciò non toglie che anche fra di essi si manifestino forme gravissime ed anche mortali. Ma la gravità dell'infezione non tarda a manifestarsi quando ne sian colpite persone deboli in condizioni di minorata resistenza organica, come donne in gravidanza (Barazzoni) e come probabilmente erano gli operai delle miniere di carbone colpiti dall'epidemia in Giappone.

Osdedale 1° — 1915

Tab. I.

Ospedale 1° — 1916

Tab. II.

Ospedale 2° — 1916

Tab. III.

* * *

La presente nota intende riferire pochi appunti che riflettono la mia esperienza su una casistica clinica di oltre 300 casi accuratamente osservati, e qualche considerazione di indole statistica desunta dal movimento degli ammalati durante l'anno 1916 in due grandi Ospedali di Riserva. Questi dati per essere riferiti a malati provenienti direttamente da uno stesso settore del fronte dell' Isonzo offrono un criterio abbastanza esatto sull'entità dell'epidemia e sul suo decorso (V. tabelle I, II, III).

Rileviamo così che l'epidemia di ittero, com-

parsa con pochi casi sporadici nell'ultimo semestre del 1915 (V. tab. I) aveva già raggiunto una notevole cifra di ammalati sul finire di quell'anno. Il 1916 inizia con un numero piuttosto elevato di itterici nel gennaio, che si riduce a pochissimi casi nel febbraio, e si esaurisce completamente nei mesi di marzo, aprile, maggio e giugno. Ricompaiono i casi di ittero in discreto numero nel luglio, raggiungono cifre progressivamente crescenti nell'agosto, settembre, ottobre, nel quale mese toccano un massimo, quindi tendono a decrescere nel novembre e nel dicembre mantenendosi sempre su valori numerici di medio grado. Se confrontiamo i diagrammi che riproducono il numero degli itterici nei due ospedali di Riserva I-II constatiamo la perfetta analogia che in essi presentano le curve numeriche dei casi di ittero nei vari mesi. Essa corrisponde d'altronde all'andamento che l'epidemia ha presentato nella zona di guerra, quale risulta dalla tabella che recentemente Moreschi ha raccolto in alcuni ospedali di un'armata operante lungo la linea dell'Isonzo.

Un dato importante dal lato epidemiologico, che ci risulta dai resoconti statistici, è la comparsa parallelamente alla epidemia di ittero castrense, di casi sporadici di ittero fra le truppe del presidio, casi che in gran parte si possono, per i loro caratteri clinici, ascrivere alla forma epidemica dominante fra le truppe combattenti. Il fatto può aver una analogia colla comparsa di piccole epidemie di ittero nella popolazione civile in alcune parti della zona di guerra ove verosimilmente l'infezione era stata propagata da truppe di passaggio.

Lo studio dell'ittero castrense, dal lato clinico e patogenetico non può dirsi ancor completamente risoluto in tutti i suoi particolari. Non ritengo quindi inopportuno fissare con cenni sintetici quegli elementi del decorso morboso che l'osservazione personale mi ha fatto ritenere più caratteristici e quei dati diagnostici e patogenetici che le indagini da me sin qui istituite, mi fanno ritenere degni di essere riferiti.

1. *Periodo di incubazione*: in media di 15-20 giorni, ma in alcuni casi anche di 25-30 giorni. Ho osservato casi di ittero, insorti in feriti, trenta e più giorni dopo che erano stati allontanati dalla fronte.

Si offre qui la discussione se la malattia possa avere un periodo di incubazione di lunga durata, oppure se casi di questo genere non rappresentino l'esito di infezioni dirette nosocomiali. Si è da alcuni accennato anche alla possibilità di portatori come tramite dell'infezione. L'osservazione, offertami dal laboratorio della possibilità che l'inoculazione in cavia di virus spirochetico possa dar luogo ad un' infezione latente suscettibile di manifestarsi solo a lunghissima scadenza (in un caso dopo 131 giorni), mi fa ritenere che anche nell'uomo si possa avere un lungo periodo di incubazione e di latenza dell'infezione e che molti dei casi insorti sporadicamente possano rappresentare la fase attiva di infezioni contratte da tempo nei focolai originari di infezione e decorse latentemente.

2. *Insorgenza*: è spesso quella di una comune forma reumatica febbrile alla quale segue, a distanza di 4-5 giorni la comparsa dell'ittero. Il più delle volte, e nei casi lievi, il periodo febbrile cessa coll' iniziare del periodo itterico, ciò che spiega come la malattia venga riconosciuta per lo più nella fase apiretica. In terzo circa dei casi si ha erpete labbiale o facciale.

3. *Andamento della temperatura.* — Nei casi lievi, reazione febbrile di media intensità (con massimi di 38°) che dura 3-4 giorni e spesso non è avvertita dall'ammalato, fig. 4. Nei casi più gravi la temperatura inizia bruscamente, con brivido e con massimi di 39° e 40° che si mantengono per 4-6 giorni, seguiti da una defervescenza litica graduale.

Soldato P. G. del . . . . Fanteria

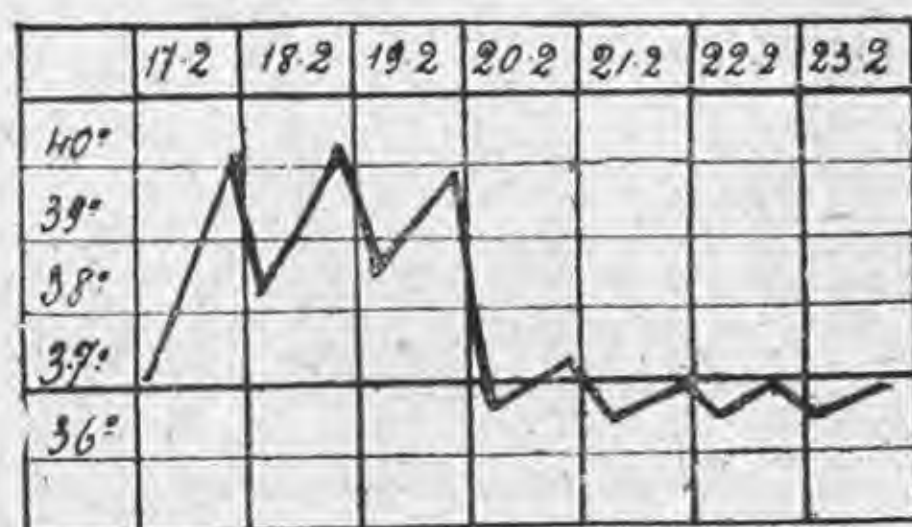



Fig. 4.

E' caratteristico il tipo ricorrente, che si verifica in un terzo circa dei casi, colla comparsa, dopo un periodo apiretico di 6-7 giorni, di una ricaduta febbrile più mite, che dura 4-6 giorni. Talora i due periodi febbrili non sono separati da una vera apiressia ma da temperature subfebbrili. Unisco i diagrammi (*4* e *5*) di temperature riportati dall'osservazione di due casi che riproducono vari tipi di decorso febbrile ricorrente.

4. *Polso.* — Nel periodo febbrile acuto è di frequenza elevata, sino a 120, talora persino a 150-160. Nel periodo apiretico si ha bradicardiaca (polso sino a 48-50).

5. *Alterazioni della nutrizione generale.* — Nella maggior parte dei casi il decorso morboso si associa ad un notevole decadimento della

nutrizione generale: dimagramento, scomparsa del pannicolo adiposo sottocutaneo, ipotrofia delle masse muscolari che si presentano flaccide e spesso dolenti alla pressione (specie al polpaccio).

Soldato C. P. del . . . . Fanteria.

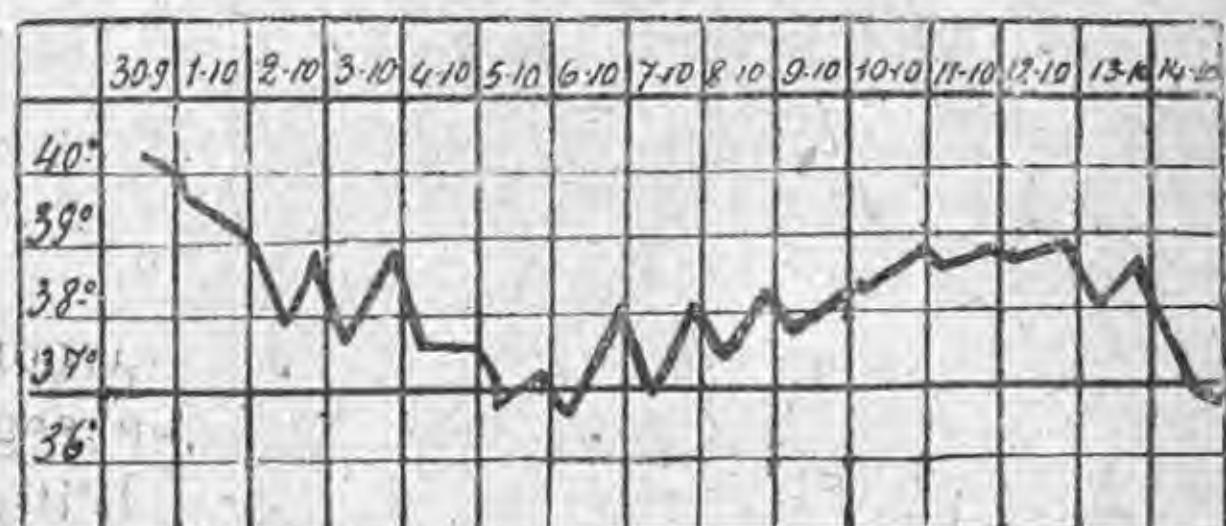



Fig. 5.

6. *Ittero.* — Sintoma di intensità e durata varia. In alcuni casi può essere così lieve e fugace da sfuggire ad un'osservazione non attenta; talchè pur ritenendolo un sintoma dell' infezione dobbiamo supporre che non sia assolutamente carattestico e necessario esponente dell'infezione spirochetica.

L'ittero è di regola persistente ed intenso nelle forme più gravi, ma particolarmente in quelle a decorso ricorrente. Si accompagna ad un' intensa colorazione itterica delle urine ed a ipocolia delle feci; una vera acolia si riscontra solo in un terzo dei casi ed è solitamente di breve durata, fra il periodo di insorgenza e di acme dell'ittero.

Soldato M. F. del . . . . Fanteria.

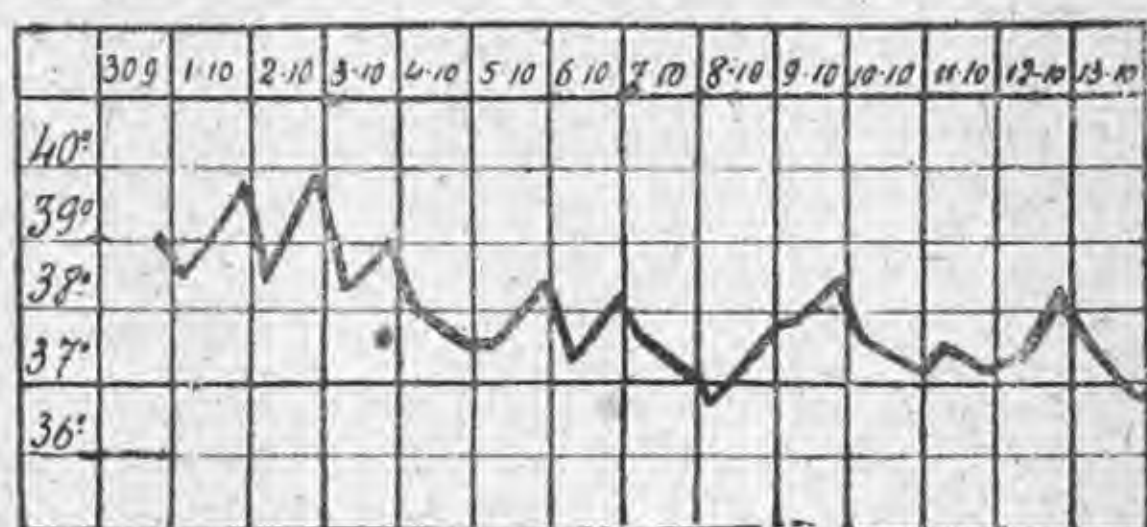



Fig. 6.

7. *Reazione polilinfoghiandolare.* — E' un sintoma sul quale per primi (Moreschi e Carpi, *Policlinico*, ottobre 1916) abbiamo richiamato l'attenzione nell'attuale epidemia di ittero e che devesi ritenere costante e caratteristico. Ghiandole tumefatte all' inguine, alla regione epitrocleale, all'ascella si riscontrano più o meno numerose, dal volume di un grano di mais sino a quello di una nocciola, talora anche di una noce avellana, a contorno ben definito e liscio, indolenti. Questo fatto è interessante non solo dal punto di vista clinico-nosografico, ma anche in quanto può aver riferimento colla via di entrata del virus; l'interpretazione più ovvia si è che la reazione polilinfoghiandolare rappresenti la prima barriera del virus penetrato attraverso la cute nel circolo linfatico per la via del quale giungerebbe al torrente circolatorio. Questa interpretazione non esclude che altre vie di penetrazione possano esser offerte al virus per determinare le lesioni viscerali caratteristiche della malattia (particolarmente la via digerente).

8. *Tumore di milza.* — E' sintoma meno costante della reazione polilinfoghiandolare e si riscontra sicuramente manifesto in un terzo circa dei casi. Non si può affermare che corra un rapporto fra splenomegalia ed epatomegalia e fra splenomegalia e gravità dell'infezione, come pure fra questa e l'intensità dell'ittero. Non si può comunque attribuire al tumore di milza il valore di un sintoma caratteristico della malattia.

9. *Epatomegalia.* — E' sintoma costante sebbene di grado notevolmente vario. Il fegato deborda, nella maggioranza dei casi, di due o tre dita trasverse dall'arco costale e può arrivare in qualche caso sino all'ombellicale trasversa. Presenta una consistenza molle, una superficie liscia; alla palpazione, nel periodo iniziale della malattia risulta di solito modicamente dolente. Non si riesce a mettere in evidenza la cistifellea in nessun caso. Nelle forme più gravi tuttavia si nota la tendenza del fegato a ridursi nei limiti normali ed anche al di sotto della norma.

10. *Reazione ematologica.* — Ha un valore diagnostico che merita di esser messo in rilievo. Può ritenersi comune a tutti i casi uno stato di oligoemia che non è mai molto marcato, e non è comunque caratteristico. Interessante è invece il *reperto morfologico* il quale dimostra nel periodo iniziale della malattia una spiccata reazione mieloide del sangue, caratterizzata da leucocitosi polinucleare e anche, in alcuni casi più gravi, da mielocitosi e da reazione eritroblastica. Nel decorso successivo, alla polinucleosi tende a sostituirsi una fase di mononucleosi con eosinofilia.

Il reperto morfologico su esposto può offrire un carattere diagnostico differenziale fra l'ittero spirochetico e le forme di infezione tifica e paratifica nelle quali come è noto la reazione ematologica è caratterizzata da leucopenia con linfocitosi.

11. Anche l'*indagine sierologica,* sotto questo punto di vista speciale delle diagnosi differenziale fra infezione spirochetica e infezione tifica e paratifica offre risultati degni di menzione. Le prove di agglutinazione per il tifo e per il paratifo A e B, proseguite dopo i

primi risultati già comunicati in unione a Moreschi mi hanno confermato che è raro nei casi di ittero un reperto positivo di agglutinazione per il tifo ed il paratifo A, meno raro quello per il paratifo B.

In 112 casi di recente osservazione i risultati delle prove di agglutinazione sono i seguenti:

Tifo: agglutinazione positiva:

a 1:20	in 2 casi	ossia	l' 1.79 %
a 1:40	in 5 casi	„	il 4.46 %
a 1:80	in 9 casi	„	l' 8.03 %
a 1:320	in 1 caso	„	il 0.98 %
a 1:640	in 1 caso	„	il 0.98 %

Paratifo *A*: agglutinazione positiva:

a 1:20	in 2 casi	ossia	l' 1.79 %
a 1:40	in 1 caso	„	il 0.98 %

Paratifo *B*: agglutinazione positiva:

a 1:20	in 4 casi	ossia	il 3.5 %
a 1:40	in 5 casi	„	il 4.46 %
a 1:80	in 21 casi	„	il 18.7 %
a 1:160	in 1 caso	„	il 0.98 %
a 1:640	in 3 casi	„	il 2.6 %
a 1:1280	in 1 caso	„	il 0.98 %

In un caso si ebbe agglutinazione contemporaneamente positiva per il tifo e il paratifo B a 1:40.

Questi risultati, trattandosi di individui tutti vaccinati, in epoca abbastanza recente, non permettono conclusioni praticamente utilizzabili, per la diagnosi di un'infezione in atto, che nella prova positiva ad alta diluizione. Potrebbero forse in questo senso parlare per l'esistenza di un'infezione di Paratifo B i pochi casi (5 casi) con agglutinazione positiva fra 1: 160 e 1 : 1280 come pure per il tifo due casi positivi a 1 : 320 e 1 : 640.

Con questi pochi dati positivi non crediamo tuttavia raggiunto un elemento sicuramente favorevole all'ipotesi di Frugoni e dei suoi collaboratori che attribuisce la maggior parte dei casi di ittero castrense ad un'eziologia paratifica. Nessuno dei casi da me osservati ha presentato in atto o nel precedente decorso morboso la sintomatologia clinica di un' infezione paratifica o tifica.

Se noi consideriamo ancora il risultato negativo degli esami colturali eseguiti in un numero notevole di casi di ittero (Moreschi e Carpi, Veratti, Gozzi) dovremo concludere che sia raro se non eccezionale il reperto di un ittero direttamente legato ad infezione tifica e paratifica. Sono fuori discussione evidentemente quei casi nei quali la sintomologia clinica è quella di un processo tifoso o paratifoso classico con localizzazione ascendente nelle vie biliari (Micheli).

Per essere obbiettivi non possiamo attribuire al reperto di bacilli paratifici nelle vie digerenti di individui itterici che il significato di un'associazione microbica occasionale (portatori di germi) la quale potrebbe forse considerarsi come elemento disponente ma non causale del processo morboso. Ancora rileviamo una osservazione non scevra di interessi che ci è offerta dalla casistica pubblicata da Frugoni: il reperto necròscopico nei suoi quattro casi di ittero venuti al tavolo anatomico, mentre non offre alcuna delle caratteristiche anatomo-patologiche dell'infezione tifica e paratifica, offre una analogia molto stretta col quadro anatomopatologico dell'infezione spirochetica sperimentale.

12. *Deviazione del complemento.* — Ho iniziato esperienze dirette a stabilire nel siero degli ammalati di ittero infettivo, la presenza di anticorpi specifici, verso estratti di organi (fegato) di cavie itteriche contenenti spirochete. I risultati sinora ottenuti non sono concludenti.

L'azione emolitica dei sali biliari ci sembra essere un ostacolo grave alla realizzazione di risultati praticamente apprezzabili.

Migliori risultati ci offre, dal lato diagnostico, la dimostrazione nel siero di itterici, di un'azione neutralizzante in vitro sul virus spirochetico, secondo l'indirizzo delle scuole giapponesi e come da noi già Micheli ha messo in evidenza. Ricorrendo ad una *prova in vivo* anzichè in vitro io ho praticato in una serie di cavie l'iniezione preventiva di siero di individui itterici, saggiando poi, a distanza di alcuni giorni la resistenza dell'animale all'inoculazione del virus spirochetico in dose sicuramente mortale. Dalle indagini sin qui praticate mi risulterebbe in alcune serie di esperienze, che delle cavie infettate fra i 4 e i 7 giorni dalla iniezione preventiva di siero il 35.7 % sopravvive, all'inoculazione di una dose di virus sicuramente mortale nei controlli. Queste osservazioni che depongono per l'esistenza di anticorpi specifici contro il virus spirochetico in una notevole percentuale degli individui affetti da ittero infettivo, meritano di essere proseguite su larga scala per raggiungere il criterio di norma nella valutazione dei fattori eziologici dell' ittero epidemico castrense, quando non sia possibile raggiungerlo colla dimostrazione diretta dell'eziologia spirochetica.

13. *Trasmissione del virus agli animali.* — E' riuscita dimostrabile in un solo caso, quello pubblicato in unione col prof. Moreschi, nel quale l'inoculazione del sangue del paziente fu

eseguita all'inizio della malattia, prima ancora della comparsa dell'ittero. Numerose inoculazioni eseguite in casi di recidiva febbrile come pure in casi presunti di prima manifestazione, con inoculazione del sangue o delle urine, ebbero risultato negativo. Il risultato negativo nei casi della seconda categoria, può spiegarsi o coll' ipotesi che alcuni di questi casi rappresentassero le recidive di forme decorse con ittero di grado lievissimo e passato inosservato, essendo accertato che nelle recidive il virus non è dimostrabile in circolo; o col fatto che l'inoculazione, eseguita solo dopo la comparsa dell'ittero, fosse già tardiva rispetto al periodo di invasione in circolo del virus. Sarebbe raccomandabile che campioni di sangue defibrinato raccolto in casi inizialissimi, anche solo sospetti, di ittero infettivo, venissero dal fronte inviati ai laboratori più prossimi per la prova di inoculazione negli animali.

La riproduzione sperimentale della spirochetosi itterogena offre un ciclo più costante se l'inoculazione venga praticata per via endovenosa anzichè per via endoperitoneale. La prima provoca un quadro acutissimo con reazione febbrile in media fra la 4ª e la 5ª giornata, seguita da ipotermia, ittero intenso, morte in 5ª-6ª giornata col quadro tipico dell'ittero emorragico (nefrite parenchimatosa grave, degenerazione grassa, talora atrofia giallo-acuta del fegato, con atrofia della cistifellea, emorragie multiple dei visceri addominali e del polmone, tumefazione delle ghiandole inguinali, ascellari e spesso delle mesenteriche). L'inoculazione per via endoperitoneale dà un decorso più irregolare, di durata varia, di regola di 6-8 giorni, ma talora di settimane e persino di mesi: il quadro anatomo-patologico è analogo a quello dell'infezione ematogena ma alquanto attenuato. Al paraboloide si può dimostrare la presenza di spirochete in quasi tutti i visceri particolarmente numerose però nel fegato.

Non è raro che, protraendo i trapianti, il virus subisca attenuazioni o anche possa esaurirsi. Abbiamo osservato cavie morte con una sindrome che riproduce, per quanto attenuate, le manifestazioni emorragiche dell'infezione spirochetica classica senza l'ittero. Questa constatazione lascerebbe presumere la possibilità che, accanto al quadro classico dell'infezione spirochetica itterogena, si possano avere quadri atipici attenuati anche nell'uomo.

14. *Albuminuria con cilindruria.* — È pure uno dei sintomi più caratteristici. Un'albuminuria per quanto lieve può dirsi presente in ogni caso, nell'acme del periodo itterico. Nei casi più gravi l'albuminuria è cospicua e si accompagna alla presenza di elementi renali, di cilindri ialini ed epiteliali, e di qualche globulo rosso. Di regola l'albuminuria è transitoria e si risolve col risolversi del periodo itterico.

15. *Complicazioni.* — Manifestazioni che possono riportarsi ad uno stato di diatesi emorragica non sono rare all'inizio del processo febbrile. Frequente è l'epistassi, come pure la comparsa, in coincidenza di fenomeni congestizi alle basi polmonari, di espettorazione siero-mucosa striata di sangue e in qualche caso di vera espettorazione sanguigna che si mantiene per qualche giorno. Ematuri è stata da noi osservata in due casi.

Complicazioni da parte dell'apparato circolatorio sono pure degne di rilievo. A parte qualche raro caso di complicazione endocardica esse si riassumono in uno stato di depressione cardio-vascolare che dura a lungo oltre il periodo infettivo acuto. In un caso si è avuto durante il periodo di regressione dell'ittero un copioso versamento pleurico-sieroso.

16. *Terapia.* — Esposti così per sommi capi i punti fondamentali, e più degni di essere rilevati, delle osservazioni fin qui eseguite, chiuderò coll'accenno ai tentativi terapeutici da me attuati.

L'eziologia spirochetica dell'ittero infettivo pone logicamente il problema di una terapia specifica della malattia.

L'azione profilattica che il siero di ammalati d'ittero infettivo esplica contro l'infezione sperimentale lascia prevedere l'efficacia terapeutica e preventiva della sieroterapia specifica di questa forma morbosa. Già gli autori giapponesi hanno ottenuto in questo senso buoni risultati. Ed anche da noi è da augurarsi che un siero specifico sia preparato su vasta scala e usato nei casi gravi. Ma fortunatamente la maggior parte dei casi che colpiscono i nostri soldati sono miti: a combattere alcuni sintomi secondari dell'infezione può concorrere efficacemente anche una terapia chimica. Fra gli agenti chimicamente attivi sulla spirochetosi, il mercurio e l'arsenico ed i loro derivati erano da provarsi per i primi. In un soldato proveniente dal fronte, affetto da ittero infettivo e che presentava contemporaneamente un sifiloma iniziale, un'iniezione di calomelano diede per risultato una rapida diminuzione delle manifestazioni itteriche. Tale osservazione mi indusse a sperimentare in altri casi di ittero una cura mercuriale. Ma ritenendo il calomelano poco indicato per la sua azione massiva e per le reazioni secondarie di cui è capace particolarmente sulle funzioni digerenti, ho ricorso dapprima a preparati mercuriali solu-

bili soli, o associati ad arseniato di sodio e da ultimo, con miglior risultato, a preparati misti arsenico-mercuriali.

Gli effetti più tangibili della cura arsenico-mercuriale nei casi di ittero infettivo si possono così riassumere:

1° rapido miglioramento dello stato generale, della crasi sanguigna, delle forze e dell'appetito;

2° diminuzione pronta dell'ittero, delle tumefazioni linfo-glandolari, della tumefazione epatica e della splenomegalia, quando esista.

L'osservazione di una serie numerosa di casi di ittero mi permette di affermare che l'effetto della terapia arsenico-mercuriale è evidentemente quello di esaurire il processo infettivo favorendo l'eliminazione del virus e la scomparsa delle alterazioni morbose legate alla sua presenza nell'organismo.

Ho praticato la cura arsenico-mercuriale anche nel periodo febbrile, e non ho osservato alcun effetto nocivo della sua azione. In un caso febbrile, durante la cura, la temperatura è ritornata alla norma, ed il decorso ha mostrato la rapida tendenza alla risoluzione delle manifestazioni morbose. Anche l'albuminuria, purchè di lieve grado, non risultò influenzata sfavorevolmente dalla cura; comunque nei casi con albuminuria manifesta è di ovvia indicazione un rigoroso controllo delle funzioni renali.

Voghera, febbraio 1917.

BIBLIOGRAFIA.

CESA-BIANCHI. *Studi su l'ittero infettivo da spirocheta*. Soc. Lombarda di scienze mediche biologiche, 15 febbraio 1917.

CESA-BIANCHI-VALLARDI. *La coltivazione in vitro della « Spirochaeta icterohaemorrhagiae »*.

ASCOLI e PERRIER. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, n. 103, 1916.

FOÀ. *Ricerche sulla terapia dell'ittero epidemico*. Notiziario medico-chirurgico dell'Intendenza Generale, febbraio 1917.

FRUGONI-GARDENGHI-ANCONA. *Studi su l'ittero epidemico castrense*. Lo Sperimentale, 13 febbraio 1917.

M. GABBI. *Ittero epidemico da spirocheta*. Riforma medica, n. 6, 1917.

GOZZI. Bollettino Soc. Med. Chir. Pavia, 27 dicembre 1916.

S. LEPORINI. *Breve riflessione clinica sull'ittero infettivo endemo-epidemico*. Policlinico, sez. pr., n. 9, 1917.

MAGNAGHI e SELLA. Bollettino Soc. med. chir., Pavia, 27 dicembre 1916.

M. MERIGHI. *Alcune osservazioni intorno all'ittero epidemico*. Policlinico, sez. pr., n. 9, 1917.

MICHELI. *Osservazioni e ricerche su l'ittero epidemico castrense*. (25 febbraio 1917).

MONTI. *Note nosografiche, epidemiologiche ed anatomiche sull'ittero infettivo spirochetico*. Bollettino Soc. Medico-chirurgica di Pavia, 29 dicembre 1916.

MORESCHI. *Appunti epidemiologici sulla spirochetosi itterogena*. Policlinico, sez. pr., 1917, n. 9.

MORESCHI e CARPI. *Osservazioni cliniche sperimentali sugli itteri nelle truppe combattenti*. Bollettino Società Med. Chirur. Pavia, 10 ottobre 1916.

PIGNATARO. *Un'epidemia d'ittero*. Policlinico, sez. pr., n. 9, 1917.

PONTANO. *Itteri infettivi e spirochetosi*. Policlinico, sez. pr., n. 9, 1917.

SAMPIETRO. *La spirochetosi ittero-emorragica*. Annali d'Igiene, 1917, n. 1.

TRINCAS. *Le recenti conoscenze sull'ittero infettivo*. Policlinico, sez. pr., n. 9, 1917.

VERATTI. Bollettino Società Med. Chir. Pavia, 27 dicembre 1916.

UFFICIO DI PROFILASSI DELLA IV ARMATA.

Laboratorio batteriologico del Medio Piave.

(Direttore cap. med. prof. P. D. SICCARDI).

Contributo allo studio dell'ittero epidemico tra le truppe operanti

per il ten. med. GAETANO BOMPIANI
e il sottoten. med. ANTONIO IOVENE (1).

L'attenzione dei medici è stata richiamata oramai nei diversi eserciti combattenti, così sui fronti orientali, come su quelli occidentali del conflitto europeo, da una forma di itterizia che colpisce in modo epidemico, e su larga scala le truppe.

I moltissimi casi di ittero tra soldati, che noi abbiamo avuto occasione di studiare, appartengono per la masima parte a una epidemia sviluppatasi in un settore abbastanza limitato delle nostre truppe operanti sulla fronte cadorina.

I primi casi di itterizia si verificarono nello scorso agosto, andarono rapidamente aumentando di numero, in seguito diminuirono, pure persistendo tuttora ad affluire itterici negli ospedali delle retrovie, sebbene in numero assai più limitato che nello scorso autunno.

Gli affetti da ittero che capitarono diretta-

---

(1) Il dott. IOVENE si è occupato specialmente delle osservazioni cliniche, il dottore BOMPIANI di tutte le ricerche di laboratorio; la redazione della nota è comune.

mente alla nostra osservazione furono in numero di 323, ricoverati all'ospedale da campo 0.30 (Direttore magg. med. prof. G. Bialetti), della zona sanitaria dell'Armata; altri 356, ricoverati prima del novembre in altro ospedale, per peculiari circostanze contingenti non potemmo prendere in sufficiente considerazione.

Nella presente nota ci proponiamo di documentare quanto ci fu dato di osservare al letto di tali malati, e alcuni risultati delle indagini relative di laboratorio: nelle quali ci è stato sempre di guida sicura e di controllo per noi prezioso, lo stesso Direttore del Laboratorio nel quale le ricerche furono eseguite, il cap. med. prof. Pier Diego Siccardi, incaricato dalla Direzione di Sanità della IV Armata, di inchiesta su tali forme morbose, al quale esprimiamo i nostri sentiti ringraziamenti.

I dati anamnestici raccolti dai singoli pazienti non fanno rilevare tra i precedenti morbosi degli infermi, nessuno elemento di fatto che per la sua ripetizione possa supporsi in un qualche rapporto con la forma itterica.

Il gentilizio fu sempre negativo così nel riguardo di malattie costituzionali ed ereditarie generali, come in quello di una ereditarietà similare, quali l'itterizia nei congiunti collaterali o ascendenti, o la colemia familiare. Soltanto due ammalati affermarono di aver avuto fratelli e sorelle colpite da itterizia, ma per le notizie fornite non si può giudicare se siasi trattato di forme familiari. L'infezione luetica è da escludersi nei precedenti patologici degli infermi, non figurando che con una percentuale bassissima, nè l'esame obbiettivo avendola potuta mettere in evidenza in un numero di casi superiore a quelli confessati. In 23 casi fu praticata anche la reazione di Wassermann che riuscì sempre negativa, ad eccezione che per pochissimi casi, dove l'emolisi soltanto incompleta, è, secondo è noto, da ascriversi alla presenza dei pigmenti biliari nel siero sanguigno.

Soltanto in un quinto dei casi figurava la pregressa malaria, e in un altro quinto all'incirca l'infezione tifosa.

Di professione per la massima parte artigiani e contadini, avevano sempre goduto la buona salute, propria della vita sobria del nostro popolo; chiamati alle armi avevano prestato quasi tutti servizio continuo e molto lungo, da pochi mesi a un anno e più, in prima linea, ove taluno si trovava dall'inizio delle ostilità; e la permanenza al fronte non patì interruzioni per forme morbose sofferte, all'infuori che per pochissimi che andarono incontro al tifo.

Quali segni prodromici della malattia si sono avuti, in modo costante, l'astenia generale e i dolori a carattere reumatoide specialmente lombari, non di rado diffondentisi agli arti inferiori.

Nella metà dei casi si ebbe all'inizio febbre accertata di breve durata (da 1 a 4 giorni): negli altri, essa non sembra però sia mancata, se pur lieve, a giudicare dalle notizie date dai malati. Contemporaneamente comparvero inappetenza, sensazione di nausea e di peso, talvolta anche di vero dolore epigastrico; solo eccezionalmente epistassi. Abbastanza frequente fu anche la diarrea nei primissimi giorni.

La tinta itterica, mucosa e cutanea, comparve per lo più quattro o cinque giorni dopo.

Qualche volta l'ittero si è presentato senza prodromi e gli ammalati ne furono avvertiti dai compagni.

All'esame obbiettivo rilevammo lo stato di nutrizione generale nella maggior parte dei casi scadente; gli ammalati ci apparvero spesso più deperiti che anemici, e non di rado più anemici che itterici.

Il colorito itterico diffuso alla cute e alle mucose visibili, con intensità varia dal giallo zafferano al giallo paglierino, non è sempre in rapporto colla gravità della malattia, sovente una lievissima tinta itterica esistendo in ammalati abbastanza gravi per fenomeni di astenia generale. Eccezionale il prurito cutaneo.

Quasi nella totalità dei pazienti riscontrammo poliadenopatia latero-cervicale, a ghiandole distinte, indolenti, spostabili, liscie della grossezza varia da un grano di miglio a un fagiuolo, associantesi a lieve tumefazione di qualche ghiandola agli inguini; negativa sempre la ricerca dei gangli epitrocleari.

All'apparecchio respiratorio notammo più volte asprezza di respiro su tutto l'ambito polmonare. A carico dell'apparato circolatorio, oltre la presenza di eventuali soffi anorganici, notevole l'abituale frequenza del polso che in molti casi toccò i 120-150 battiti al minuto.

La lingua era per lo più pulita o con lievissima patina, l'addome spesso dolente agli ipocondri; il fegato palpabile e talvolta dolente, la milza, quasi nel terzo degli ammalati, ingrandita; raramente fu palpabile ed allora apparve di consistenza molle. L'alvo si mantiene più frequentemente regolare; solo eccezionalmente diarroico nel corso della malattia, e le feci emesse abitualmente di colorito più oscuro del normale: soltanto in un primo tempo, e affatto transitoriamente, sarebbero state rilevate decolorate.

Sopra un gruppo dei malati dei quali abbiamo ora abbozzato la fisionomia obbiettiva dello speciale ittero da cui erano affetti, abbiamo

avuto modo di praticare alcune ricerche sistematiche sulle orine, sulle feci e sul sangue.

Le ricerche praticate sulle urine riguardano 100 pazienti diversi, quelle sulle feci 28, e quelle microscopiche, sierologiche, biologiche e colturali del sangue appartengono, complessivamente, a 51 pazienti diversi.

Succintamente, solo accennando ai metodi di tecnica usati, esporremo i risultati delle nostre osservazioni, prima ancora di fissare qualche dato sul decorso della malattia durante la degenza dei malati nell'ospedale. Così i dati clinici obbiettivi potranno sommarsi a quelli di Laboratorio, per permettere di tentare una qualche interpretazione patogenetica, se non eziologica, della forma morbosa che ci occupa.

Nelle urine dei 100 pazienti esaminati, furono ricercati sempre: l'albumina, praticando anche l'esame microscopico, i pigmenti biliari, l'urobilina, l'emoglobina e l'indacano.

La ricerca dell'albumina ne svelò tracce in tre casi (3 %); quella diretta a svelare una eventuale emoglobinuria riuscì costantemente negativa.

L'esame microscopico ci permise di notare nel 5 % dei casi esaminati. oltre alla presenza di cilindri ialini e ialino-granulosi a granuli di derivazione ematica, quella di globuli rossi in modica quantità e talora di cellule epiteliali di apparenza renale diffusamente colorate in rossastro (emoglobinuria latente).

Per svelare la presenza dei pigmenti biliari ci servimmo della prova del Maréchal. Per alcuni casi fu eseguita anche la reazione di Gmelin e quella modificata di Gmelin-Rosenback; senza che ci potessimo convincere di una qualche maggiore sensibilità di questa reazione a confronto di quella del Maréchal, che per l'Eichorst è la «più costante e più fedele» per risultati; sì che anche per uniformità di metodo ci servimmo di quest'ultima su tutte le orine in esame. Trovammo pigmenti biliari solo nel 16 % delle orine esaminate, e, precisando, la presenza di pigmenti era undici volte manifesta e solo cinque volte in tracce.

Mentre il reperto dei pigmenti biliari nelle urine fu relativamente raro, fu costante quello di una abbondante urobilinuria, al saggio praticato col reattivo di Nencki e Zoia, seguendo le indicazioni di quest'ultimo, ed usando come sostanza estrattiva l'alcool amilico.

Detta urobilinuria, presente nell'88 % dei casi, si rivelò notevolissima nel 38 %, e notevole nel 50 % di essi. Nei pochi casi (12 %) nei quali l'urobilina era assente alla prova indicata, erano anche asenti i pigmenti biliari.

La ricerca eseguita per l'indacano col metodo del Jaffè diede risultati variabili: lo dimostrò presente ora in tracce, ora in quantità manifeste; spesse volte fu assente: senza che fosse possibile rilevare un qualche rapporto tra l'andamento della reazione per l'indacano e quello delle reazioni per l'urobilina e i pigmenti biliari.

Il seguente prospetto riassume gli anzidetti risultati:

Albumina: presente nel 3 % dei casi.

Pigmenti biliari: presenti nel 16 % dei casi e cioè manifesti nell'11 %, in tracce nel 5 %.

Urobilina: presente nell'88 % dei casi; abbondantissima nel 38 %; abbondante e manifesta nel 50 %.

Per il valore del reperto dell'urobilina e della presenza dei pigmenti biliari è opportuno far rilevare:

che un maggior numero (46) di esami di orine corrisponde alla 2ª decade di malattia, mentre un minor numero corrisponde alla prima (24), e alla 3ª decade (12); — (in 18 casi non si potè precisare l'epoca in cui cadde l'esame, per l'incompletezza delle notizie anamnestiche;

che la presenza dei pigmenti biliari coesistente con l'urobilinuria si ebbe in orine prelevate tra la 5ª e la 14ª giornata di malattia; e che l'urobilinuria si è riscontrata manifesta o abbondante come nella 2ª e nella 3ª, così nella 1ª decade, secondo può rilevarsi dalla tabella che segue:

Giornata di malattia	Numero di protocollo dei casi	Pigmenti biliari	Urobilina
4ª	N° 16	assenti	abbondante
5ª	» 8	manifesti	manifesta
	» 17	tracce	manifesta
6ª	» 73	assenti	abbondantissima
	» 1	manifesti	abbondantissima
7ª	» 57	abbondanti	tracce
	» 61	assenti	abbondante
	» 86	assenti	abbondante
8ª	» 22	tracce	manifesta
	» 72	assenti	manifesta
	» 13	tracce	abbondante
9ª	» 53	assenti	manifesta
	» 83	assenti	abbondante
	» 84	presenti	abbondante
10ª	» 29	assenti	abbondante
	» 38	presenti	abbondante
	» 46	assenti	manifesta
	» 75	abbondanti	abbondante

Sulle feci che apparivano già all'esame fisico colorate, spesso più che di norma, praticammo la reazione dello Schmidt, eseguendo sistematicamente e parallelamente riprove atte a cerziorarci del risultato ottenuto. In 28 casi, fatti oggetto della ricerca, avemmo il seguente risultato:

6 volte (21,4%) pigmenti biliari - abbondantissimi.
14 „ (50%) „ „ - abbondanti.
8 „ (28,5%) „ „ - manifesti.

Ed i pigmenti biliari, la prova dimostrò abbondanti, oltrechè nelle feci degli itterici in parola, anche in quelle che all'ispezione sembravano quasi scolorate; e per la massima parte trasformati, come di norma, in idrobilirubina, in minor parte presenti come bilirubina.

L'esame microscopico delle feci per la presenza eventuale di uova di elminti intestinali, dette sempre esito negativo, ad eccezione di un caso nel quale esistevano scarse uova di ascaridi.

In 25 malati praticammo sistematiche ricerche ematologiche, prendendo in considerazione, insieme con il contenuto in emoglobina e il quantitativo degli elementi morfologici, le caratteristaiche morfologiche e le affinità microchimiche di questi. Facemmo uso per l'emometria dell'apparecchio del Tällquist; per la globulimetria della camera di Thoma-Zeiss; e per accertare le particolarità degli elementi morfologici del sangue, del metodo di esame microscopico a fresco in colorazione vitale brillant-Kresylblau) secondo le indicazioni del Cesaris Demel, di quello del Giemsa su preparati fissati con alcool metilico o con alcool assoluto-etere, e della colorazione a secco con bleu alcalino diluito, indicata dal Biondi come il più adatto mezzo per la dimostrazione di eventuali eritrociti policromatofili e basofili nel sangue.

Rilevammo così di poco abbassato in tutti i casi il valore dell'emoglobina, come pure il numero degli eritrociti; aumento sensibile dei leucociti (intorno ai 10.000); lieve anisocitosi; assenza di labilità globulare, rara presenza di qualche ombra eritrocitica; aumento lieve degli eritrociti a contenuto granulo-filamentoso ortocromatico; presenza di rari eritrociti a contenuto granulare metacromatico (sostanza *b* di Cesaris Demel) e di rari policromatofili, assenza di eritrociti con granulazioni basofile; costante modica piastrinosi.

Le proporzioni tra i vari leucociti, normalmente esistenti, si addimostravano, nei preparati colorati, modificate nel senso di un aumento notevole dei mononucleati, ricchissimi di granulazioni azzurrofile talora voluminose, a scapito dei polinucleari neutrofili, avendosi così una formula di iperleucocitosi mononucleare nella quale figura pure un lieve aumento relativo degli eosinofili. Dobbiamo far rilevare che detta mononucleosi è costituita più che da aumento degli ordinari mononucleati grandi e delle forme di passaggio, e dei linfociti, dalla presenza di quelle forme che ordinariamente si sommano nel computo dei grandi mononucleari, e che furono distinte dal Pappenheim col nome di «leucocitoidi linfociti», i caratteri delle quali riteniamo di dover sorvolare, troppo nota essendo l'impronta data agli studi ematologici da questo Autore.

Riportiamo ad esemplificazione, le formule leucocitarie di alcuni dei casi più notevoli a questo riguardo, nelle quali abbiamo creduto tenere distinte le due specie di mononucleari suaccennate.

	Linfociti	Leucocitoidi o piccoli mononucleari	Grandi mononucleari e forme di passaggio	Polinucleari neutrofili	Polinucleari eosinofili
F. Bernardo . .	2,5 %	44	23	23	7,5
B. Carlo	13	21,5	25,5	30	10
Ber. Angelo . .	12	43	30	14	1
S. Gaetano. .	8	30	29	25	8
M. Giovanni . .	17	36	16	31	—
Z. Giuseppe . .	4,4	52	13	22	8,6

Il siero di sangue all'esame appariva, in tutti i casi esaminati, di colore giallastro con sfumatura verdognola, or più or meno evidente. La ricerca dell'urobilina su esso praticata seguendo la metodica indicata dal Guiart e dal Grimbert nel loro trattato di diagnostica clinica (Diagnostique chimique, microscopique et parasitologique — Paris 1908), riusciva positiva per la presenza di urobilina. In un sol caso ci fu possibile rilevare segni attestanti emolisi in atto (siero laccato).

In cinquantun casi complessivamente eseguimmo pure le sieroreazioni microscopiche per i bacilli del tifo, dei paratifi A e B, e pel *coli* (diluizioni 1 : 50—1 : 80) e le colture del sangue, praticate secondo i dettami della tecnica batteriologica moderna; mentre queste ebbero esito costantemente negativo, quelle si dimostrarono solo in 6 casi positive e precisamente 3 per il paratifo A e 3 per il paratifo B.

Senza risultato riuscirono pure i tentativi fatti da noi di riprodurre nella cavia la sindrome itterica, con l'inoculazione sterile endoperitoneale di sangue (2-4 cc.). Gli itterici dei quali fu utilizzato il sangue per l'esperimento biologico, furono complessivamente in numero di 16.

Di 3 di essi furono inoculati 4 cc. rispettivamente in 2 cavie; degli altri, 1-2 cc., in una sola cavia.

I malati utilizzati per l'esperimento erano rispettivamente uno in 3ª, uno in 5ª, uno in 6ª, uno in 7ª, due in 8ª, due in 9ª, uno in 10ª, uno in 11ª, uno in 12ª, uno in 13ª, uno in 15ª, uno in 17ª, uno in 23ª e uno in 33ª giornata di malattia.

Uno solo tra questi, itterico da 23 giorni, era febbrile al momento del prelevamento del sangue, nè la febbre poteva imputarsi ad altri processi morbosi in atto all'infuori dell'itterizia.

Di una cavia, inoculata con sangue di itterico in 8ª giornata di malattia, fu a sua volta inoculato il fegato ridotto in poltiglia in soluzione fisiologica, in altre due cavie; ma l'esito fu egualmete negativo, nei riguardi della riproduzione della sindrome itterica in queste ultime, e del reperto di eventuali spirochete nei loro organi e nel sangue.

Nessun risultato avemmo pure da ulteriori ricerche, necessario complemento delle precedenti al fine dell'eziologia, praticate con l'inoculazione endoperitoneale di 4-6 cc. di orina di undici malati (giorni di malattia: 5ª, 6ª, 9ª, 12ª, 15ª, 20ª, 23ª) in 20 cavie; non fu possibile determinare anche con queste lo sviluppo di una sindrome itterica, nè porre in rilievo l'esistenza di alcun parassita nelle cavie inoculate.

A complemento dei dati di laboratorio e clinici sono necessarie alcune note intorno al decorso del processo morboso, quale ci permise la nostra osservazione nell'ospedale da campo adibito al ricovero e alla cura degli itterici.

I quali, oltre alla generale astenia comune alle forme più varie di ittero, astenia specialmente notevole e persistente così da obbligarli al letto anche a segni cutanei e mucosi della malattia dileguati, presentavano facile e spiccata vertigine accessionale e non rare manifestazioni di lipotimia.

L'apiressia fu costante, ad eccezione di qualche caso, nel quale la febbre, moderata (38°-38,5° C.), si stabilì nel decorso della malattia facendo talora sospettare l'insorgere di una camplicante infezione d'origine intestinale. Costantemente sterili riuscirono tuttavia anche in tali contingenze le emoculture.

Si presentò talvolta epistassi, non grave, e isolata nel corso della malattia.

Abbastanza comune fu invece in questi malati la presenza di tosse persistente, a carattere irritativo, senza corrispondente reperto obbiettivo capace di giustificarla. Notevole il fatto che la tinta itterica non subì nel decorso morboso transitorie e saltuarie accentuazioni, e si andò progressivamente e lentamente attenuando, rimanendo a lungo manifesta alle congiuntive bulbari.

La durata della malattia non fu mai inferiore ai trenta giorni ed il miglioramento graduale si è verificato col solo riposo in letto, in ambiente igienicamente sano e, per la massima parte dei malati, senza regime dietetico speciale, il vitto quotidiano essendo costituito dai tre quarti del rancio comune.

Volendo in rapida sintesi considerare quanto deriva dalla obbiettiva disamina clinica dei malati e delle contingenze nelle quali essi tali divennero, e dalle istituite ricerche di Laboratorio e sperimentali, ci sembra anzitutto opportuno fissare i dati di fatto, che si riferiscono al carattere di epidemicità ed a quello di infettività rivestito da tali forme, caratteri già posti in rilievo presso i vari eserciti belligeranti nei gruppi di manifestazioni itteriche aventi, secondo i vari osservatori, caratteristiche sintomatologiche diverse ed'eziologia diversa.

Non si può negare alla forma morbosa da noi fatta oggetto di studio, considerata in sè e obbiettivamente il carattere di epidemicità, insorgendo essa contemporaneamente in una deteminata epoca dell'anno, e colpendo insieme e successivamente un grande numero di individui; con tutto ciò, anche per quanto deriva da un esame della letteratura nostrana e straniera tutta recente ci sembra che epidemicità non sia qui sinonimo di contagiosità, mentre probabilmente una stessa maniera di vivere, con disagi e deficienze identiche, imposti dalle necessità della guerra, rappresenti uno dei fattori eziologici più importanti e forse l'unico sicuramente noto, dell'insorgere della forma morbosa. E più precisamente ci sembra che la diffusione della malattia non avvenga per casi nuovi insorgenti in seguito a rapporti diretti o indiretti con soggetti già malati o apparentemente sani e portatori di un virus, ma piuttosto che tale presunto virus colpisca quelli fra gli individui esposti alle cause comuni suaccennate, nei quali più specialmente è minorata la resistenza organica generale.

Non è raro infatti osservare l'insorgere della forma itterica, la quale pure si svolge epidemicamente in zone abbastanza ampie, ma sempre bene delimitabili, tra militari di trincee e corpi differenti senza intercedenti rapporti, mentre è pure abbastanza frequente il restare immuni dei compagni di ricovero e di arma, di qualche itterico anche grave, nonostante la promiscuità della vita in comune.

L'esaltazione della ricettività individuale, determinata dal deterioramento organico facile

a verificarsi nelle contingenze della vita bellica, è poi, a nostro giudizio, quasi altrettanto indispensabile all'insorgere epidemico dell'itterizia, quanto la presenza dello stesso virus, sia esso germe, parassita, o virus filtrabile, specifico della forma morbosa o dei singoli gruppi della stessa: il che ci rende ragione, tra l'altro, anche del fatto che solo un numero proporzionatamente scarsissimo di ufficiali viene colpito dalla sindrome.

La quale per il suo modo d'insorgenza e di distribuzione, per il colpire un numero notevole di individui in zone ben delimitabili, per le manifestazioni cliniche uniformi e peculiari, se anche non rivestenti gravità, ben si addimostra per una sindrome infettiva che per l'epidemia da noi studiata rimane tuttora ignota nel suo elemento eziologico determinante.

Dalla nostra indagine risulta invero come la maggior parte dei militari colpiti di itterizia provenisse da un settore piuttosto ristretto di tutta la fronte dell'Armata (Ca..., B... A..., C..., F... B...) e come, nello stesso, siano stati colpiti alcuni reggimenti (Regg. Fanteria ... e ...; Regg. Alpini ..., battaglioni ... e ...) in misura di gran lunga superiore a certi altri; mentre i casi isolati di forma itterica si sono verificati nei diversi altri reggimenti dislocati nelle stesse posizioni.

Il complesso dei fenomeni clinici cennati, insieme con il decorso ed i reperti di laboratorio, ci conduce al concetto diagnostico che nell'epidemia da noi considerata trattisi di una forma di ittero emolitico. Ciò tanto più ricordando i dati fisionomici che il Brulè, l'Abrami e il Widal e lo Chauffard, con disamina critica sottile dicono propri di questa forma: per la quale nei nostri casi parlano: il colorito itterico non in rapporto con la gravità assunta dalla malattia; l'assenza di ogni fenomeno imputabile a colemia (assenza di prurito, di bradicardia, ecc.); i segni funzionali cardiovascolari (soffi cardiaci, frequenza del polso, vertigini, lipotimie, ecc.) di carattere anemico; il turgore del fegato e della milza; i dati riferentisi al miglioramento ed anche alla guarigione ottenuti con il solo regime di riposo senza speciale dieta; da ultimo i reperti concordanti della pleiocromia fecale, della urobilinuria — spiccata fino dalla prima apparizione dell'ittero, e a lungo persistente, con rara associata presenza di pigmenti biliari contemporanea ai momenti di più intensa colorazione cutanea —, e i segni (cilindri ialino-granulosi con granuli di derivazione ematica, eritrociti nel sedimento urinario, elementi cellulari di apparenza renale diffusamente coloriti in rossigno) che possono dirsi di emoglobinuria latente.

In disaccordo con questi fatti sembra, almeno ad una disamina superficiale, il reperto ematologico, che — pur dimostrando la presenza di una lieve oligocromocitemia [di fatto esistente quando si considerino i valori al riguardo rinvenuti normalmente da osservatori accurati (Ricca Barberis) nei soldati, individui giovani, sani e per lo più con attributi di robustezza] insieme con anisocitosi, leggera policromasia e aumento degli eritrociti a sostanza granulo-filamentoso-ortocromatica e presenza di qualche eritrocita a sostanza granulare metacromatica —, non mette in rilievo presenza di labilità globulare. Ma — a prescindere dalla constatazione, per quanto eccezionale, di qualche ombra eritrocitica e dall'eccezionalissimo reperto di siero con diffusione emoglobinica, esponenti di emolisi; a prescindere pure dalla presenza in circolo di un maggior numero che di norma di eritrociti a contenuto granulo-filamentoso-ortocromatico, e granulare-metacromatico, e dalla iperleucocitosi, avente tuttavia caratteristiche affatto speciali e non facilmente interpretabili, deponenti per un fenomeno intercorso di reazione degli organi emolinfopoietici e di sostituzione sanguigna nel circolo —, l'assenza di labilità globulare ci sembra abbia la sua spiegazione nei concetti espressi lucidamente dal Viola, nei suoi studi sulla resistenza del sangue, e quindi non sia in disaccordo con il suesposto pensiero diagnostico.

Va qui ricordato che gli esami del sangue non poterono da noi essere praticati nei primissimi giorni di malattia, e che distruzione globulare non significa diminuzione di resistenza globulare, potendosi anzi avere un aumento delle resistenze degli eritrociti in circolo, venendo quelli più labili ad esso sottratti e trattenuti per esservi senz'altro distrutti negli organi ematolitici. Ci soccorre il ricordo della dimostrazione data dal Viola per la bile che taluni veleni degli eritrociti agiscono prevalentemente sui globuli di resistenza minima, distruggendoli o abbassandone enormemente la resistenza, in modo da renderli inadatti al circolo, mentre rimangono affatto innocui pei globuli di resistenza maggiore.

D'altro canto il dato dell'aumento degli eritrociti a contenuto cromofilo ortocromatico constatato nei nostri casi di ittero, attesta il richiamo in circolo di globuli rossi giovani, dotati cioè di resistenza massima.

Ittero emolitico dunque, il quale anche spiega chiaramente lo stato di anemia spesso accentuata che si osserva in questi itteri.

Ma quale l'origine prima di questa forma epidemica di ittero, d'apparenza infettiva e di carattere emolitico?

Per le osservazioni eseguite da ricercatori diversi nelle diverse Armate belligeranti, le manifestazioni di ittero epidemico fra le truppe vennero ascritte fondamentalmente a due elementi eziologici — quello batterico e quello spirochetico — i quali darebbero ragione dei gruppi di itteri nelle singole epidemie.

E l'origine batterica fu da alcuni, nel nostro esercito, — sulla direttiva di osservazioni già eseguite durante la guerra libica da Scordo e Rizzuti, — fatta consistere nel bacillo paratifico B (Frugoni e Cannata, *Lo Sperimentale*, anno 70°, Fasc. 1°), e la forma itterica riferita ad una infezione localizzata delle vie biliari dallo stesso; mentri in altri eserciti non venne precisata (Garnier, *La Presse Médicale*, 1916, n. 48; Willcox, *The British Médical Journal*, 26 febbraio 1916).

E l'origine spirochetica — già riconosciuta per gli studi di Ito, Inada, Ido, Koki e Kaneko (*Journal of exper. medicine*, marzo 1916) a base di itteri ad insorgenza epidemica verificantisi nel Giappone — venne accertata su abbastanza larga scala nell'esercito tedesco da Uhlenhut e Fromme (*Med. Klinik*, 1915, pagine 1202, 1264, 1296 e 1375; *Berl. Klin. Woch.*, 1916, pag. 188), Huebener e Reiter (*Deut. med. Woch.*, 1915, n. 43; *Berl. Klin. Woch.*, 1916, pagina 92) e da Herxheimer (*Berl. Klin. Woch.*, 1916, n. 19); in quello inglese da Stokes e Ryle (*Brit. med. Journ.*, 23 settembre 1916), Gwin e Ower (*Lancet*, 16 sept., 1916); da Martin et Pettit (*C. R. Soc. de Biol.*, 1916, p. 947), Legroux (*C. R. Biol.*, 1916, p. 991), Clement et Fiessinger (*Soc. méd. Hôp.*, 8, XII, p. 916), Ameuille (*Soc. méd. Hôp.*, 22, XII, p. 916) presso l'esercito franco-belga; e in quello italiano, da Moreschi e Carpi (*Il Policlinico*, Sez. pratica, 1916, fasc. 43), A. Monti (*Boll. soc. med. chir. Pavia*, 1916) e da M. Ascoli e Perrier (*Gazzetta ospedali e clin.*, 1916, n. 103).

L'epidemia da noi seguìta male però si presta ad essere inquadrata eziologicamente con le due categorie succennate; i dati semiologici clinici, non si sovrappongono invero a quelli che caratterizzano la forma spirochetica, identificata con il morbo di Wiel, pel quale era già stato espresso il dubbio di una genesi infettiva; i dati di laboratorio escludono il pensiero che l'agente patogeno — all'infuori forse dei sei casi nei quali la sieroagglutinazione fu positiva pel bacillo paratifico A (tre casi) e pel bacillo paratifico B (tre casi) — sia quello batterico invocato dai ricordati studiosi italiani per l'epidemia libica e del basso Isonzo. I dati di laboratorio, sui quali non crediamo di dovere insistere, nulla d'altra parte colla loro negatività possono indicarsi sulla eziologia e patogenesi della forma di ittero da noi rilevata, l'ittero emolitico potendo derivare così da una intossicazione d'origine digestiva, come da una infezione che, nel caso concreto, deve supporsi di carattere mite.

Su due punti crediamo di richiamare l'attenzione per l'interpretazione del meccanismo fisiogenetico dell'ittero che ha dato occasione alle nostre osservazioni. Anzitutto vanno considerate le condizioni verificatesi nella zona ove si ebbe a sviluppare l'epidemia, nei riguardi dell'alimentazione, per le ripercussioni che essa, se difettosa per il modo di somministrazione e incongrua per le sostanze alimentari che la costituiscono, ha sulle funzioni digerenti e sugli organi che maggiormente ad esse sono connessi. Il servizio di prima linea nelle posizioni ove si è verificata l'epidemia, — posizioni naturalmente malagevoli e di recente conquista, e quindi non adattate che alle necessità prime del vivere — veniva disimpegnato da truppe rimanenti per cinque giorni consecutivi nelle trincee più avanzate e per cinque giorni passanti a riposo in una linea retrostante. Il soldato fruisce della razione di rancio freddo, conservato, nei cinque giorni di prima linea, non potendo ivi giungere il rancio caldo, per essere le posizioni affatto scoperte alla vista del nemico, e ritrova nei cinque giorni di riposo un rancio più abbondante dell'ordinario, quasi a compensazione del vitto precedentemente subìto, e, con questo rancio, la possibilità ai disordini dietetici per la vicinanza dei vivandieri reggimentali. È da notare che, nei mesi della buona stagione, la vicenda alterna dei periodi cennati era mensile.

Basta, ci sembra, il far rilevare queste circostanze, per comprenderne l'importanza biologica, tanto più se si tengono presenti i moderni principii di fisiologia alimentare, che sulla prova dei fatti sperimentali, ne accertano delle conseguenze dannose di una vittitazione irregolare, inidonea, e unilaterale, difettosa come quella del soldato, per l'eccesso delle sostanze azotate, eccesso che ha tanto maggiore valore in quanto — secondo venne considerato in riguardo alle sindromi emorragiche verificatesi con insorgenza epidemica in questa Armata dal capitano medico prof. P. D. Siccardi (*Gazzetta Ospedali e Cliniche*, n. 102, 1916) — il nostro soldato combattente appartiene in quasi totalità alla categoria degli agricoltori, i quali hanno la consuetudine di un

vitto affatto diverso e prevalentemente costituito da sostanze carboidrate.

A questo coefficiente morboso deve, secondo pensiamo, aggiungersi nel nostro caso, l'altro del raffreddamento subìto indistintamente da tutti i malati per la posizione di altissima montagna ove i reggimenti più colpiti operavano, per l'assenza, resa necessaria dalle contingenze di guerra, di trincee ben protette dai rigori del clima montano e dalle vicissitudini stagionali. Ed il raffreddamento va inteso qui come l'espressione predisponente morbosa dell'azione del freddo e dell'umidità insieme, azione predisponente facilitata dal disagio in genere della vita (deficenza di riposo, di calma, di sonno, ecc.).

Per modo che se, come deve supporsi, elemento infettivo, ancora ignoto, esiste a base di forme di ittero epidemico simili a quelle da noi osservate, esso deve ritrovare nelle conseguenze somatiche derivanti dall'alimentazione e dal raffreddamento corporeo l'occasione più propizia per l'attecchimento e la determinazione della forma morbosa.

Zona di guerra, gennaio 1917.

LABOR. BATTERIOLOGICO GOVERNATIVO IN BERGAMO
diretto dal prof. GUIDO VOLPINO.

Spirochetosi nei topi ed ittero epidemico

per il Dott. GIUSEPPE MONTI.

Un fatto importante per lo studio dell'epidemiologia dell'ittero infettivo da spirochete è stato senza dubbio la scoperta fatta dagli AA. giapponesi delle spirochete specifiche nei topi domestici e di fogna catturati nelle zone infette dall'ittero. Questa scoperta infatti ci permette di comprendere con grande facilità il meccanismo della diffusione di tale virus fra certe categorie di uomini e specialmente tra i soldati nelle trincee.

Per ciò che riguarda queste ultime è noto che in esse abbondano i ratti.

Un altro fatto venne in questi ultimi tempi ad aggiungersi allo studio epidemiologico dell'ittero infettivo la cui registrazione dobbiamo al lavoro di Courmont e Durand i quali a Lione scopersero le spirochete nell'8 % dei topi delle fogne cittadine. Orbene Lione non è una località infetta dall'ittero infettivo.

Bisogna dunque ammettere che i topi siano in natura una specie di depositari del virus itterico. Per quanto io so non è stata ancora confermata la scoperta di Courmont e Durand in Italia e nemmeno in altri paesi.

Per tale motivo mi è parso interessante di cercare se anche fra noi i topi fossero eventualmente infetti. A questo scopo ho fatto catturare dalla fognatura di un albergo della città di Bergamo circa 80 topi che mi servirono per le mie ricerche.

In Bergamo non mi risulta che mai vi siano stati focolai epidemici di ittero infettivo con spirochetosi sia fra la popolazione civile che militare, e se casi di ittero si osservarono presso alcune unità ospitaliere militari tali forme restarono sempre isolate non essendosi verificato nessun caso fra la popolazione civile e militare e tali malati arrivarono da altre località con la malattia già completamente sviluppata: quindi Bergamo fu sempre località indemne e se eventualmente si trovava la spirochetosi nei topi il virus doveva probabilmente esservi prima.

Iniziai le mie esperienze nel giorno 7 marzo u. s. usando per esse di un'emulsione di reni di 80 topi e di numerose cavie. Estratti da 6 a 10 topi con ogni norma di asepsi i reni, ne facevo con detriti di vetro in acqua sterilizzata un'emulsione che poi iniettavo con iniezioni sottocutanea di circa due cmc. in una cavia.

Tenni in accurata osservazione le cavie iniettate ma non osservai alcun fenomeno di importanza durante tutto il mese di marzo. Nei primi di aprile in una cavia osservai febbre, congiuntive oculari ingiallite e stato generale depresso. Nel giorno due aprile e precisamente alla sera la trovai morta con emorragia nasale. Trattavasi di una grossa cavia iniettata il 20 marzo con un'emulsione ricavata dai reni asportati a ben 20 topi.

All'autopsia riscontrai un ittero manifesto, specialmente intenso nel peritoneo e mucose, e gli organi parenchimatosi si presentavano in via di degenerazione. Fatti preparati a striscio dal fegato, rene ed anche dall'urina e colorati coi metodi del Fontana e del Giemsa riscontrai specie nei preparati del fegato spirocheti con caratteri morfologici della Spirocheta ictero-haemorrhagiae che l'Inada ha determinato essere l'agente della malattia di Weil. Allora praticai culture servendomi del metodo Tarozzi-Noguchi con liquido ascitico e pezzi di reni ed avendo cura di versare poi sopra 2 cmc. di olio di vasellina precedentemente bollito e di mantenere le culture ad una temperatura da 22 a 24 gradi. Contemporaneamente feci un'emulsione di fegato e reni e con la tecnica precedentemente ricordata iniettai una nuova cavia che venne poi a morire il 14 aprile, cioè 12 giorni dopo l'iniezione.

Alla autopsia riscontrai evidenti alterazioni di degenerazione degli organi parenchimatosi

ed ittero non però molto intenso: fatti preparati accertai l'esistenza della spirocheta icterohaemorrhagiae.

Nel giorno 6 aprile venne a morte una seconda cavia che era stata iniettata nel giorno 24 marzo con emulsione di 10 reni di topo. All'autopsia si riscontrò un quadro classico di ittero, tutti gli organi ma specialmente l'intestino peritoneo erano emorragici, le mucose nasali e la pelle erano intensamente itteriche. Nei preparati fatti a striscio e colorati col metodo del Fontana riuscii a vedere forme di spiricheti. Praticai subito culture e feci un'emulsione di reni che iniettai in una cavia. Dopo 10 giorni dall'iniezione la cavia presenta febbre, ittero alle congiuntive bulbari, alla pelle e si dimostra sofferente. Nel giorno 19 aprile muore e dall'autopsia si riscontra un quadro caratteristico itterico. Si riuscì a dimostrare con preparati a striscio spirocheti con caratteri morfologici caratteristici. Predisposi culture e nuove prove biologiche.

Adunque se la spirochetosi nell'uomo venne a dare una base eziologica specifica a quel concetto nosologico dell'ittero infettivo che da anni fu indeterminato e confuso, la spirochetosi riscontrata assai comune nei ratti di chiavica e miniere di regioni infette spiegò la trasmissione del virus. Però crediamo come dimostrato che il virus si trova preventivamente anche nei topi di regioni indemni e così i topi ed i ratti devonsi considerare come una vera e propria riserva del virus dell'agente infettivo dell'ittero emorragico. Mentre mi riservo di proseguire le indagini e di compiere alcune ricerche comparative per controllare la virulenza del virus di topo confrontandolo con quello umano, ho creduto opportuno presentare questo primo referto delle ricerche da me eseguite sotto la direzione ed autorevole controllo del prof. Volpino, che sentitamente ringrazio, come pure ringrazio il prof. Stefano Balp che quale Medico Provinciale ha secondato ogni mio divisamento di studi epidemiologici durante le brevi ore che i nostri attuali impegni ci lasciano libere.

NOTE E COMMENTI.

Sulla incisione mediana longitudinale della rotula.

Egregio dott. Pietro Nigrisoli,

La sua lettera privata del 21 giugno richiama alla mia attenzione l'articolo che ella fece pubblicare a mio riguardo sul recente fascicolo n. XXIV del « Policlinico ».

Le confesso che il lavoro di guerra non mi permette da oltre due anni la continuazione di quella coltura bibliografica, che ella mantiene con tanto amore; vorrà quindi scusarmi se con qualche ritardo rispondo al suo *accenno critico*, che del resto giunse dopo una ventina di mesi dalla affrettata mia pubblicazione.

Per ristrettezza di tempo mi sono limitato a consultare gli atti della Società Italiana di Chirurgia, XXIV adunanza, e trovai che il compianto prof. Codivilla si esprimeva in questo senso: « Intanto un'incisione longitudinale invece di una trasversale e che passi nella linea indifferente rispetto alle fosse laterali e cioè nella linea mediana del tendine rutuleo, della rotula e del legumento rutuleo, la conservazione di tutto ciò che di rotula è permesso dall'estensione del processo morboso, una sezione delle ossa alla maggior distanza possibile dalle linee epifisarie....... ».

Parmi che il Maestro non ne abbia fatto cenno orale al congresso, cosa del resto naturalissima, quando si consideri che ad ogni oratore sono concessi solo 15 minuti per lo sviluppo delle relazioni, le quali troveranno invece integrale pubblicazione negli atti del Congresso. Certamente io non l'ho sentito, come non ho letto prima d'ora il suo scritto, che ridotto com'è ad una forma molto schematica, senza accenni di tradizioni e di bibliografie, dà l'impressione che anche Codivilla avesse forse il pensiero di denunciare un metodo nuovo.

Ad ogni modo osservo che l'autore consiglia il metodo come intervento di resezione nella tubercolosi del ginocchio (parla anche infatti di conservazione di tutto ciò che di rotula è permesso) mentre io lo indico come via di accesso alla articolazione per l'estrazione dei proiettili e miro a conservare tutta quanta la rotula suturandone le due metà. Ella ne vede la differenza, perchè mentre per l'intervento di resezione è la anchilosi che si vuole ottenere, per l'intervento di artrotomia esplorativa è invece la mobilità e la funzione.

Si potrebbe a priori temere nell'emisezione longitudinale della rotula, come artrotomia, l'aderenza fra la rotula sezionata ed i condili sottostanti, e quindi la limitazione o la abolizione di funzione, ma io ho potuto osservare ed ho cercato di dimostrare ne' miei casi che il pericolo non si verifica riescendo la mobilità affatto normale.

Non le ripeterò la frase incriminata, dicendo che *per quanto io mi sappia* queste risultanze non vennero previste nè da Codivilla nè da altri, i quali tale metodo applicarono in resezioni con uno scopo contrario al mio, quello cioè di ottenere l'anchilosi.

Dio me ne guardi! ma ella potrà verificare se Langenbeck, Billroth, Riedinger, Ollier, Allingham, De Giacomo, Ruggi od altri ebbero già le identiche mie visioni, e me lo dirà.

Se così, forse avrò la soddisfazione di sapere di essere stato preceduto, per quanto mi debba restare il rimpianto di avere per ignoranza letteraria fatto spreco di lieve energia mentale, che avrei potuto risparmiare... copiando: se così non sarà, non avrò maggior soddisfazione perchè, lo creda, io non ho affatto spasimi di priorità in materia chirurgica

riducendosi le mie aspirazioni al contributo di quel poco utile che può recare la modestia dell'opera e dello scritto.

Mi creda con speciale osservanza

Suo dev.mo
MARIO FASANO.

Asti, 7 luglio 1917.

Sui servizi sanitari campali.

Riceviamo e pubblichiamo:

Egregio Sig. Direttore,

Nell'articolo del prof. Alessandri pubblicato sull'ultimo numero del *Policlinico,* ho il piacere di trovare un'autorevole conferma a quanto io dicevo fin dal gennaio scorso, in un mio scritto sugli insegnamenti della guerra.

Sin da allora io avevo sostenuto che il concetto che dovrebbe ispirare gli organizzatori dei servizi sanitari campali occorrerebbe fosse anzitutto quello di lasciare in speciali ricoveri ospitalieri avanzati i soli feriti veramente intrasportabili, e di sgombrare oltre le retrovie in stabilimenti *specializzati* di tappa tutti gli altri, e ciò ad evitare le *brevi ed inconcludenti soste nei varii ospedaletti ed ospedali delle retrovie.*

Al mio articolo era allegato anche uno schema del servizio in genere, quale dovrebbe essere.

E poichè rilevo da un altro articolo, apparso sul *Messaggero* e scritto dall'on. Dore, che solo ora quanto io in quell'epoca venivo dicendo incomincia ad essere ammesso, non ho che a compiacermi che alle mie modeste vedute si sia aggiunto l'assentimento di un chirurgo illustre.

Magg. medico G. MENDES.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

SESTA SEDUTA — 5 marzo: ore 15.

Comunicazioni sulle ferite con lesioni della faccia e dei mascellari.

Chirurgia plastica bucco-facciale.

BERETTA ARTURO (Bologna). — L'O. porta quale contributo alla restaurazione chirurgica della faccia e della bocca i risultati della propria osservazione condotta sopra oltre 2400 casi di ferite e mutilazioni di tali regioni.

Distinta la restaurazione bucco-facciale in chirurgica e protesica, l'O. limita la trattazione dell'argomento alla restaurazione dei tegumenti ed organi della faccia, lasciando al dott. Cavina la trattazione di quanto si riferisce alla reintegrazione dello scheletro.

RESTAURAZIONE CHIRURGICA. — L'O. ritiene che questa si basi sopra alcuni principii che così riassume:

1° in via generale la plastica viene fatta a scopo cosmetico e funzionale per correzione di cicatrici e di deformità, o per rifacimento parziale o totale di organi distrutti;

2° le condizioni di vascolarizzazione dei tessuti facciali favoriscono le operazioni di plastica;

3° la restaurazione facciale va tentata soltanto quando non esiste più traccia di suppurazione nella ferita;

4° la buona riuscita della plastica è subordinata alla perfetta ricostruzione dello scheletro che la sostiene;

5° nella cura delle lesioni che interessano parti molli e scheletriche dipende dal singolo caso l'opportunità di far seguire, procedere di pari passo o anche di far precedere la guarigione della ferita esterna;

6° nelle operazioni di plastiche profonde della faccia, interessanti tutti gli strati sino alla mucosa, la comunicazione con un ambiente altamente settico qual'è la cavità orale non pregiudica in via generale la guarigione *per primam.*

L'O. sorvola sulla tecnica seguita negli atti operatorii; accenna alle serie difficoltà che alle volte costituiscono la narcosi e l'emostasi. Non ha trovato notevoli vantaggi nella anestesia regionale e si è servito di regola della narcosi eterea senza avere incontrato mai il minimo inconveniente.

Nelle operazioni di plastica si è valso con successo a volte della emostasi preventiva mediante sutura a punti staccati attorno alla regione da aggredire.

Plastiche cutanee. — Frequentissime per correzione di cicatrici più o meno vaste, sempre notevolmente deturpanti sia delle guancie, della fronte, del mento: asportazione radicale della cicatrice ed affrontamento dei margini delle ferite in modo da ottenere cicatrici lineari.

In caso di rilevante infossamento della pelle per mancanza del conveniente scheletro si è servito utilmente dell'innesto di grasso tolto di solito dalle regioni glutee.

Plastiche del palato. — L'O. ha notato nel corso di questa guerra un fatto della massima importanza per gli esiti delle lesioni del palato.

Mentre nella chirurgia di pace l'uranoplastica e l'uranostafiloplastica quasi sempre (secondo gli AA. fortunati) e sempre (secondo altri) non portano alla chiusura della perforazione, per la condizione stessa di infiltrazione dei tessuti immediatamente vicini, che permane anche dopo che il processo necrosante è apparentemente del tutto spento, in traumatologia di guerra invece la guarigione spesso, anche senza alcun intervento operativo, è completa.

Plastiche del labbro. — La ricostruzione parziale o totale del labbro è frequentissima nella chirurgia di guerra, tanto che si può dire che tutti i metodi di cheiloplastica proposti dai vari AA. trovino qui la loro applicazione.

Una delle deformità più frequenti è data da incisure ed avvallamenti del labbro somiglianti a labbri leporini. In questo caso non si deve cercare di stabilire senz'altro il livello normale del labbro, giacchè la retrazione successiva della cicatrice produrrà nuovamente un avvallamento, un'incisura sempre deforme. Da ciò l'indicazione seguita dall'O. in tutte le plastiche interessanti il prolabio di avvicinare le due superfici cruentate in modo da formare un saliente che in primo tempo sovrasti il margine stesso.

Plastiche oculo-palpebrali. — Destinate alla restaurazione dell'occhio, delle palpebre, del contorno orbitario, sono di spettanza dell'oculista e perciò l'O. accenna soltanto agli interventi strettamente chirurgici che egli ha spesse volte eseguito per la restaurazione delle palpebre, per cui si è servito di solito e con successo del metodo per scorrimento.

Orecchio. — La restaurazione chirurgica nei casi di asportazione vasta o totale del padiglione dell'orecchio non ha dato sinora esiti brillanti. Il tempo straordinariamente lungo che in genere si richiede per tali interventi, molteplici, ed il risultato dubbio fanno sì che i pazienti si rifiutino spesso e tengono il chirurgo perplesso nel consigliare l'atto operativo. In questi casi la protesi artificiale può dare ottimi risultati, come dimostrano alcuni pazienti che l'O. presenta al Congresso.

Naso. — La restaurazione del naso ha offerto sempre ai chirurgi difficoltà pressochè insormontabili. In ogni tempo la rinoplastica chirurgica ha avuto partigiani e detrattori, e se si consultano le opere classiche e le monografie che trattano della questione, si vede come sia difficile rimediare a guasti estesi, sì che la maggioranza dei chirurgi (non ostante qualcuno, come il Ceci in Italia, abbia avuto talora esiti brillanti), consiglia l'astensione nei casi in cui il naso manca in totalità o in gran parte, ed in quelli in cui lo scheletro, il setto e la cartilagine fanno difetto. Allora infatti le parti molli, non avendo sostegno, si afflosciano, si retraggono progressivamente e l'operazione, per ripetere la nota espressione «non fa che sostituire ad una deformità raccapricciante una deformità ridicola».

Di fronte alle serie difficoltà ed agli insuccessi incontrati prima di diventare di necessità astensionista e dare la preferenza alla protesi artificiale, l'O. ha tentato, con procedimenti nuovi, la ricostruzione di un naso chirurgico e riferisce appunto al Congresso intorno a questi tentativi tuttora in corso di esperimento.

RESTAURAZIONE PROTESICA. — La restaurazione chirurgica delle lesioni della faccia e della bocca presenta tuttora deficienze ed insuccessi, con quale danno per il mutilato ognuno può comprendere. Di fronte a questi insuccessi l'arte protesica è quella ancor oggi cui dobbiamo rivolgerci per attingere quei mezzi che il bistorì non riuscì ancora a superare nella perfezione e nella praticità.

Inoltre certi interventi vanno tentati a distanza notevole di tempo dalla cicatrizzazione della ferita, nel qual caso, per non condannare il paziente a restare lungamente nei luoghi di cura, per tutto questo intervallo i sussidi della protesi possono essere utilissimi a restaurazioni provvisorie.

Gli apparecchi impiegati nella restaurazione della faccia, secondo l'O., si possono distinguere in due categorie distinte: apparecchi terapeutici o di cura, ed apparecchi di protesi vera.

I primi sono costruiti per guida e protezione negli interventi chirurgici (autoplastiche ed innesti, per sfiancamento di cicatrici retratte e deformi dei tegumenti, per riduzione e contenzione di frammenti nel caso di frattura delle ossa facciali, per allargare la rima labiale, le narici, per distendere, per sollevare e per foggiare i tegumenti della faccia, ecc.).

I secondi servono invece a sostituire organi parzialmente o totalmente distrutti. Fra questi corrispondono in modo soddisfacente ai bisogni urgenti imposti dalla guerra gli organi artificiali costruiti in caoutchouc molle ed in pasta di gelatina, impressionanti questi pel sorprendente verismo e per la facilità della tecnica (presentazione di feriti con tali protesi artificiali).

Dott. L. C. ZAPELLONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sintesi clinica delle interlobiti nei tubercolosi.

(SABOURIN. *La Presse Médicale*, n. 11, 1917).

In alcuni lavori anteriori l'A. ha studiato nei tubercolosi varie affezioni delle pleure interlobari, da lui designate col nome di interlobiti: qui riassume le nozioni essenziali di ricerche successive.

Un tubercoloso può soffrire in un punto isolato dei suoi margini scissurali; può anche dolergli in massa tutto il suo interlobo. Ma tuttavia esistono luoghi di scelta per la esteriorizzazione del dolore: l'Autore li ha chiamati dolori puntori scissurali. A sinistra come a destra, all'altezza della 3ª e 4ª costa, segnante l'inizio della grande scissura, esiste il punto vertebrale; all'estremità anteriore della grande scissura, verso la 6ª costa, esiste il punto antero-inferiore. Inoltre a destra, per lo sdoppiamento dell'interlobo, esiste un punto retroascellare rispondente all'inizio della piccola scissura orizzontale, ed un punto antero-superiore rispondente al termine sternale di questa piccola scissura.

I più frequentemente osservati sono i due punti vertebrali o juxta-vertebrali ed i due antero-inferiori. Tali punti dolorosi sono spontanei, si esagerano nei movimenti, nelle profonde inspirazioni, nei colpi di tosse, ed alla pressione digitale. Questi punti scissurali sono essenzialmente caratteristici di una sofferenza dell'interlobo, sia che di essi se ne osservi uno solo o più. La loro patogenesi non è così facile ad interpretarsi: è verisimile che noi non conosciamo le leggi che governano le reazioni della pleura interlobare per darne una spiegazione plausibile.

Al contrario l'etiologia di queste sofferenze della pleura scissurale e dei suoi punti di esteriorizzazione carattestici non sollevano discussione: ogni processo patologico che colpisca l'interlobo può dar luogo ai punti scissurali.

a) La sofferenza, sopratutto nei suoi parossismi, dei gangli dell'ilo polmonare, i quali sono situati all'origine mediastinica delle scissure.

b) Tutti i processi, anche i più benigni di pleurite secca mediastino-scissurale.

c) Tutti i piccoli processi di emigrazione bacillare nella pleura interlobare.

d) Il costituirsi di un focolaio pleuro-polmonitico, più o meno necrosante, in uno degli angoli polmonari, che limitano l'origine vertebrale delle scissure, e tutte le lesioni dell'interlobo stesso, quali le pleuro-polmoniti juxta-scissurali.

e) Tutte le alterazioni, che con o senza causa apparente si producono nei focolai pleuro-pneumonitici, come le congestioni mestruali, o da *surménage*, le emorragie, le crisi di suppurazione eliminatrice, *poussées* di evoluzione o di aggravamento.

f) Tutti i grandi processi infiammatorî dell'interlobo, grandi pleuriti secche, membranose, versamenti sierosi, versamenti incistati, pneumotorace.

Le pleuriti scissurali secche, membranose ed a bottone di camicia, molto diverse nelle loro manifestazioni, sono scissuro-marginali, o profonde, parziali, o più o meno generalizzate. Come etiologia si possono distinguere due gruppi: le pleuriti membranose satelliti delle pleuro-polmoniti necrosanti, e le pleuriti membranose di propagazione.

Le prime, pleuriti metapneumoniche, siano esse al margine delle scissure, od in profondità sulle lamine scissurali, rappresentano la reazione pleurica dei focolai pleuro-pneumonici necrosanti, situati in un punto qualunque dell'interlobo. Le pleuriti da propagazione risultano dalla estensione all'interlobo sia di pleuriti secche della grande pleura, sia, e quasi sempre, di pleuriti secche della faccia mediastinica del polmone.

In effetti, al disopra dell'ilo, i tre quarti delle tubercolosi dette dell'apice dànno luogo a pleuriti discendenti lungo il mediastino; d'altra parte a livello dell'ilo si hanno le pleuriti periganglionari così comuni, ed infine le pleuriti inseparabili di tutti i piccoli o grandi focolai situati negli angoli polmonari, che contornano quest'ilo.

Queste pleuriti interlobari rivestono una fisionomia assai variabile, che va dalla semplice sofferenza interlobare fino alle pleuriti a bottone di camicia.

Un tubercoloso portatore di una lesione volgare del lobo superiore, con una pleurite mediastinica discendente e qualche ganglio all'ilo, è preso piuttosto bruscamente, dopo uno sforzo, una marcia insolita, un colpo di sole, a volte senza causa evidente, da malessere, brividi, dolori al torace, poi da un dolore puntorio vero, nettamente situato all'estremità anteriore della VI costa. Non febbre intensa; ma qualche decimo di grado se esisteva anteriormente apiressia. All'esame si constata il dolore

alle pressione del dito sul punto dolente; seguendo in dietro ed in alto la scissura, si può trovare un po' di sensibilità vicino al rachide.

Ad un grado più avanzato si manifesta la pleurite membranosa a livello del dolore puntorio. Con la stessa sintomatologia in apparenza si ha discreta elevazione termica e l'ascoltazione a livello del punto doloroso fa scoprire facilmente una placca di sfregamenti pleurici, sulla quale è facile trovare una lieve ottusità, paragonando colle regioni vicine. La malattia è di breve durata, 3-5 giorni, ma per una settimana o più si possono avvertire i resti della pleurite secca, quando anche la febbre ed il dolore sono del tutto scomparsi.

In un grado più avanzato si ha la così detta pleurite a bottone di camicia. Un malato nelle stesse condizioni, con o senza causa apparente, è preso da dolore puntorio febbrile verso l'estremità anteriore della VI costa di sinistra: dolore spontaneo, esacerbato dalla tosse e dai movimenti, provocato dalla pressione del dito. Dopo 24-36 ore e più ad un tratto si percepisce attorno al punto doloroso una placca di sfregamenti pleurici ed una zona di ottusità. La febbre dura 10-15 o più giorni. Dopo un'altra settimana circa gli sfregamenti e l'ottusità scompaiono. Tale osservazione è naturalmente più facile a sinistra, perchè a destra il fegato rende oscura la nozione di ottusità.

In numerosi casi l'affezione va in lungo, gli sfregamenti persistono intensi e si estendono più all'innanzi, l'ottusità cresce di estensione e di intensità e, malgrado manchino tutti i sintomi di versamento pleurico, si ricorre a volte, inutilmente, anche alla puntura esplorativa.

Si prende cioè per una pleurite incistata un semplice ingombro del cul di sacco interlobare da false membrane pleuritiche, che possono, d'altra parte, essere molto infiltrate di sierosità. È ciò che l'A. chiama il pseudo-versamento dell'interlobo. Questa lesione può anche essere il punto di partenza di *poussées* congestive ed infiammatorie, di crisi dolorose, di zone di sfregamenti pleurici ed anche di produzione di versamento sieroso nell'interlobo.

Durante l'evoluzione di qualcuna di queste pleuriti a bottone di camicia si può vedere ad un tratto risalire la temperatura, il malato avverte qualche nuova sensazione nel suo lato, l'ottusità si accresce in alto ed indietro, si attenua quivi il murmure vescicolare ed il fremito vocale tattile ed in poco tempo si vede il cuore spostarsi dalla sua sede normale. È questo il segno più sicuro di un versamento sieroso dell'interlobo, che può essere medio, considerevole, ma in generale ben sopportato. Il versamento può mantenersi un tempo variabile, da pochi giorni fino a tre settimane e residua una ottusità persistente nella regione del cul di sacco interlobare.

È questa la interlobite mista del lato sinistro, ma quando essa risiede a destra la formazione del liquido è svelata dall'abbassamento del fegato, con o senza ittero. In numerosi casi il versamento sembra essere primitivo. Quando esso è piuttosto rapido sembra che sia bene spesso una forma di reazione pleurica di focolai pneumonici tubercolari juxta-scissurali al loro inizio, vere pleuriti metapneumoniche.

Considerando i casi numerosi, nei quali il versamento sieroso ha sintomi poco chiari, è evidente che si può esitare nel farne la diagnosi, se non si pensa a questa affezione, ed allora è la rapida deviazione del cuore, o l'abbassamento del fegato che rischiara la diagnosi. Si tratta di una affezione acuta che non possono simulare i tumori più o meno cronici, nè a sinistra una milza un poco grossa, nè a destra l'abbassamento del fegato, a volte con ittero, per l'esistenza di una pleurite diaframmatica o di una peritonite sottoepatica.

Più facile è la confusione col versamento della grande pleura, ma la sintomatologia delle interlobiti sierose manca spesso di qualche sintomo, che si è soliti riscontrare nelle pleuriti della grande pleura: ottusità nella zona di Traube, spostamento del livello del liquido nei cambiamenti di posizione, soffio bronchiale, sintomi di liquido, sintomi degli spinali, triangolo paravertebrale di Grocco, ecc.

Le pleuriti a bottone di camicia e le interlobiti miste lasciano spesso, specie a destra, traccie definitive. Il cul di sacco inferiore dell'interlobo, ispessito per la esistenza di false membrane probabilmente organizzate si rivela alla percussione ed alla radioscopia. La zona ottusa ed oscura occupa quasi la linea ascellare immediatamente dietro la linea scissurale e si distingue dai reliquati pleuritici della grande pleura, che sono sopratutto alla base sul lobo inferiore e dànno sintomi persistenti alla ascoltazione.

I dolori puntori interlobari hanno un valore prognostico, che non può ingannare. Essi debbono far cercare uno stato morboso qualunque lungo il decorso scissurale, sovratutto verso il rachide, dove si può constatare, almeno in proiezione, la presenza di gangli malati attorno all'ilo polmonare. La gravità non risiede nel dolore puntorio, per quanto sia violento, ma nello stato morboso, che ne è causa.

Le pleuriti membranose metapneumoniche reazione di difesa dell'interlobo contro l'infarto

penumonico tubercolare, vivono quanto gli infarti, partecipando della loro benignità, o gravità; ma, se sono molto estese, possono originare una prognosi molto seria, perchè spesso creano aderenze interlobari importanti, delle sinfisi, che a sinistra possono inglobare il pericardio e molestare il cuore ulteriormente.

Le pleuriti interlobari parziali, per migrazione bacillare, non lasciano sempre aderenze apprezzabili.

La pleurite membranosa a bottone di camicia è di già un'affezione più seria. Oltre la lunga crisi febbrile, esistono spesso dei reliquati nel cul di sacco pleurico e nella grande pleura.

Il versamento sieroso dell'interlobo in generale si comporta in modo benigno. Solo in due casi, nei quali si aveva la coincidenza di parziale pneumotorace in soggetti cachettici, l'Autore vide aggravare la situazione. Nella grande maggioranza dei casi invece i versamenti sierosi dell'interlobo esercitano piuttosto l'ufficio di pleuriti benefiche per la guarigione di lesioni tubercolari preesistenti. Ciò potrebbe dipendere dal fatto che ogni crisi di attività bacillare può, in certe condizioni, conferire un grado qualunque di immunizzazione, di cui profitterebbe la lesione tubercolare anteriore.

P. C.

TERAPIA.

Il trattamento del meteorismo.

Il meteorismo è uno dei segni più comuni e più importanti di alcune malattie addominali. È importante sopra tutto a scopo diagnostico perchè quando è rilevato a tempo e bene osservato può costituire un valido sussidio per accertare la natura e la localizzazione del processo morboso che lo determina. Può essere innocuo e senza alcun significato, ma può anche costituire un sintoma di malattie gravi ed essere da solo capace di provocare notevoli sofferenze.

Allo stato di salute la ingestione e la produzione di gas nel tubo gastro-intestinale sono controbilanciate dal riassorbimento e dalla fuoriuscita dei gas stessi dagli orifici boccale ed anale. Solo quando questo bilancio è disturbato per un impedimento al riassorbimento o alla fuoriuscita dei gas si ha il meteorismo.

Una certa quantità di aria è ingerita ad ogni boccata e molti individui ne ingoiano anche con la saliva.

In alcuni casi di isterismo l'aria è anche ingerita ad ogni atto respiratorio, specialmente quando l'individuo parla. Ma in genere la maggior parte dei gas che si trovano nel tubo gastro-intestinale è prodotta durante la digestione. Poco si conosce sul riassorbimento dei gas, ma è probabile che esso avvenga più per un fenomeno fisico che per l'attività biologica delle cellule viventi. Negli animali, specie negli ovini e nei bovini, la semplice distensione degli intestini determinata da eccessivo sviluppo di gas può provocare una ostruzione intestinale mortale. Ciò non avviene nell'uomo, però si hanno molte malattie degli intestini, degli altri organi addominali o della parete addominale capaci di produrre meteorismi gravi fino al punto di condurre a morte il paziente.

I sintomi dovuti al meteorismo da solo sono un senso progressivo di distensione addominale, dispnea, senso di costrizione e talora, specie negli individui anziani, una condizione rassomigliante all'angina pectoris. Probabilmente nei casi gravi di meteorismo il cuore espostato lateralmente ed in alto. Il senso di distensione si può in seguito convertire in una sensazione dolorosa costante o spasmodica anche quando il peritoneo non è infiammato. I segni fisici possono variare molto a seconda che il meteorismo è generale o locale. Se è generale l'addome è uniformemente disteso e teso. La cute diventa lucente e quando la distensione dura a lungo possono comparire sulla sua superficie delle strie simili a quelle che si hanno nella gravidanza. Le vene cutanee diventano prominenti, l'ombelico si appiana o sporge fuori e nello stesso tempo presenta un arrossamento eczematoso. I movimenti del diaframma diventano meno ampii, il fegato è spostato in alto per modo che l'area di ottusità epatica si restringe dapprima verso sinistra e poi verso destra. Quando il meteorismo è limitato ad una determinata sezione dell'intestino, l'intestino posto al disotto del punto di ostruzione appare vuoto e collassato e la parete addominale soprastante si presenta depressa, sempre che la porzione superiore dell'intestino disteso non abbia invaso il basso ventre. Nei primi stadii, quando ciò non si è ancora avverato, riesce possibile accertare il punto dell'intestino nel quale si è verificata l'ostruzione. I meteorismi gravi sono capaci di produrre collassi pericolosi, che possono essere dovuti a fenomeni puramente riflessi e fattori meccanici, nonchè alla tossiemia consecutiva ad eventuali fatti infiammatori. L'inizio di questi collassi è ordinariamente improvviso ed a meno che non si arresti diventa rapidamente progressivo e termina fatalmente in poche ore. La cianosi e la flaccidità della pelle, il polso piccolo, molle, irregolare, la perspirazione eccessiva e la caduta della temperatura sono sintomi di cattivo augurio.

Spesso il meteorismo, e talora molto molesto, può essere provocato dalla improvvisa distensione dello stomaco e dell'intestino in seguito alla ingestione di grande quantità di cibi e di bevande. Gli individui anziani con cuore debole soggiacciono di solito a queste forme di meteorismo dipendenti da eccessi dietetici. In genere in questi casi la morte si ha di notte e non è dubbio che la posizione distesa in letto contribuisca ad aggravare le condizioni del paziente. Perciò il meteorismo cronico costituisce un pericolo costante per la vita. In genere l'uomo mangia eccessivamente e troppo rapidamente. Per la mancanza di una lenta masticazione gli alimenti non sono bene imbevuti di fermenti digestivi e perciò sono più soggetti alla decomposizione. Se invece di tre pasti al giorno se ne facessero sei e ciascuno in minori proporzioni si potrebbero evitare molti disturbi dipendenti da meteorismo. Al riguardo ha importanza anche la natura degli alimenti: i legumi, i cavoli, le rape, il pane di frumento, le bevande effervescenti sono i meno adatti. Esistono anche delle idiosincrasie: alcune donne, per esempio, non possono bere latte senza soffrire gravi distensioni addominali, altre per la stessa ragione prendere caffè, cioccolato o cibi molto conditi. Anche la mancanza di esercizî accompagnata da una stipsi periodica o permanente può provocare meteorismo, la costipazione talora è preceduta da un periodo di grande intensa flatulenza.

La sviluppo dei gas nell'intestino può essere spesso arrestato dai salicilati, che pare limitino l'attività dei batterî gassogeni. Si possono a tale scopo somministrare 20 cgr. di salicilato di sodio in un po' d'acqua 4-5 volte al giorno. La magnesia usta ed il sottonitrato di bismuto si possono dare a dosi refratte parecchie volte al giorno per fissare i gas già presenti nell'intestino. Ma essi in genere sono poco efficaci. Meglio corrisponde il carbone animale dato ad intervalli di un'ora e mezza. Nei casi nei quali il meteorismo non è dovuto ad un fatto infiammatorio, a paralisi o ad ostruzione intestinale si possono usare i purganti, ed a tale riguardo sono indicati quelli salini e l'olio di ricino. Un altro mezzo per promuovere la peristalsi intestinale è il trattamento galvanico e faradico della parete intestinale con l'applicazione di un elettrode al perineo. Talora agisce meravigliosamente l'applicazione della vescica di ghiaccio o di panni bagnati in acqua fredda: con lo stesso meccanismo agiscono l'etere, la benzina o il cloruro d'etile. Sono state anche raccomandate le pennellazioni addominali di una soluzione di ittiolo in glicerina al 10 %. L'uso del tubo rettale raramente dà buoni risultati: anche quando è introdotto profondamente il gas fuoriesce solo a rari intervalli ed in piccola quantità. Questi metodi curativi ad ogni modo non dovrebbero essere mai adoperati quando il meteorismo è dovuto ad una malattia acuta dell'intestino e del peritoneo. Perciò in ogni caso occorre un esame accurato per la diagnosi differenziale (*The Medical Review*, 1917, n. 1). *a. a.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(848) *Iniezioni endouretrali di permanganato potassico.* — All'abb. n. 8221:

Per le iniezioni uretrali con i comuni schizzetti la dose media del permanganato di potassio è quella di 1 o 2 centigr. per 100 gr. di acqua distillata. Per le irrigazioni col metodo Janet o Majocchi si adoperano soluzioni al ¼, al ½ e perfino all'1 per mille, a seconda della tolleranza del malato e dello stadio dell'uretrite blenorragica.

V. MONTESANO.

(849) *Tossicità dei panelli di ricino.* — L'abbonato n. 6745, a proposito della congiuntivite catarrale da semi di ricino, osserva che i panelli da questi ricavati, servono per l'alimentazione del bestiame e chiede come accade che la ricina non determini fenomeni di intossicamento.

L'estrazione dell'olio dai semi di ricino lascia intatta la ricina nei panelli, i quali sono quindi altamente tossici. Per usarli nell'alimentazione del bestiame vengono dapprima sottoposti a trattamenti (bollitura prolungata, vapor acqueo sotto pressione) che distruggono la ricina; oppure questa viene disciolta in soluzione di sale comune al 10 %; la soluzione usata viene poi rigenerata precipitando la ricina col riscaldamento. I panelli così trattati sono affatto atossici e costituiscono un buon alimento per il bestiame (contengono oltre il 30 % di sostanze albuminoidi).

FILIPPINI.

(850) Al capitano medico Cassini, Zona di Guerra:

Nei fasc. N. 1, 2, 3 del corr. anno della « Rassegna di assicurazione e previdenza sociale », (Roma, Piazza Cavour, 3) troverà quanto si va facendo in Italia per l'assistenza agli invalidi della guerra (disegni di legge, relazioni, discussioni, ecc.): nei fascicoli stessi e in quelli dell'anno precedente sono contenute molte notizie su quanto si va facendo all'estero.

A. R.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

T. ROSSI DORIA. *Ostetricia Moderna.* Un volume in-16°, tascabile, di pag. 528, con 95 figure. Roma, 1917 - Premio annuale ai nostri abbonati.

Questo *vade-mecum*, semplice e pratico, redatto da un ostetrico di grande valore, che alla competenza unisce il privilegio di un'arte espositiva ammirevole, è destinato a rendere impareggiabili servigi nell'esercizio corrente dell'ostetricia.

Il prof. Rossi Doria ci offre assai più di un arido riassunto: egli espone, in modo piano, accessibile e nei dettagli, il dottrinale clinico, i metodi diagnostici e gl'interventi terapeutici più fedeli e più semplici, derivandoli dalla sua estesissima esperienza personale.

Trascura i problemi controversi, astrae dalle contingenze rare, omette le tecniche difficili ed inaccessibili; riesce a tradurre in pratica un *desideratum* difficile a realizzare nei lavori che hanno intendimenti pratici, nei quali importa assai più ed è assai più difficile *non dire* anzichè *dire*.

Il piccolo manuale del Rossi Doria, condotto con così sani criteri e rara abilità, costituisce un prezioso contributo all'ostetricia pratica.

Nulla può valer meglio, per intendere lo spirito, che scorrerne la prefazione. I nostri lettori ci permetteranno di riportarla. R. B.

È un libro scritto alla buona, con intenti puramente pratici. Non contiene esposizioni di teorie, discussioni di metodi, statistiche, disquisizioni scientifiche, rilievi storici, minuzie e particolarità tecniche ingombranti. Non è dunque un libro per la cultura ostetrica.

È soltanto una guida pratica all'esercizio dell'ostetricia da parte del medico. E come tale ha il suo pregio maggiore in un difetto: quello di essere schematico, *di dare le regole generali, di tener conto dei casi più frequenti e, sulla base di questi, di consigliare al medico* una linea sola di condotta: *la meno pericolosa, la più semplice, la più efficace.*

Una delle più frequenti e pericolose deficienze dell'Assistenza ostetrica fatta dal medico è quella di non avere una buona base nella diagnosi, *che deve invece essere sempre esatta e completa. Perciò alla diagnosi ostetrica è dato nel libro uno sviluppo notevole.*

Anche la parte profilattica, *così importante specialmente in gravidanza e nel puerperio, è trattata con predilezione.*

Della tecnica operativa ostetrica una certa parte è trascurata, non però dimenticata. Molte operazioni nuove non hanno ancora acquistato il diritto di entrare nella pratica corrente; altre, vecchie, lo hanno perduto o lo vanno perdendo, come le operazioni embriotomiche, le quali dovrebbero sparire della tecnica operativa ostetrica in grazia dalla profilassi *guidata e illuminata dalla* diagnosi *tempestiva ed accurata e resa possibile dalla crescente istruzione delle levatrici.*

Il libro può anche servire per " rapida consultazione " ed a tale scopo è fornito di tre indici. Quello alfabetico è fatto solo per questo.

Della utilità del libro (che ci sembra poter esser letto con vantaggio anche dagli studenti come " vade mecum " o come " repetitorium " nella preparazione agli esami) giudicheranno i lettori.

Lo scrittore può affermare soltanto le sue buone intenzioni e l'amore posto nello scrivere il libro — in circostanze eccezionali per un ostetrico — sotto la tenda, in mezzo ai gloriosi soldati d'Italia, col pensiero rivolto alle fortune della Patria ed alla necessità di darle nuovo sangue e nuove vite per le opere feconde della stabile pace futura.

Alla maternità è affidato il compito sacro di ristabilire nel mondo l'equilibrio turbato dalle stragi della guerra e di lenire gli infiniti dolori della rinsavita e speriamo anche, risanata Umanità.

Zona di guerra, Giugno 1917.

T. ROSSI DORIA.

VARIA.

Aumento degli infortuni stradali negli Stati Uniti.

Dal *Medical Record* del 6 genn. 1917, rileviamo i seguenti dati, desunti dalla relazione annua alla « National Highways Protective Society ». Nella città di New York durante il 1916 gli automobili uccisero 392 persone, di cui 248 bambini; i tram 78 persone; i carri 743. In tutto lo Stato di New York le vittime degli automobili furono 729: mai si era avuta una strage siffatta; le ferrovie sopraelevate hanno avuto al loro passivo 82 vittime, contro 122 dell'anno precedente. Nello stato di New Jersey si sono avuti 215 morti cagionati da automobili, 14 da tram, 18 da carri, 56 da ferrovie sopraelevate (contro 61 dell'anno precedente). L. P.

Pubblicheremo prossimamente:

V. CALÒ, *I feriti d'arma da fuoco degli arti.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per l'equo trattamento.

Ill.mo Sig. Direttore,

Il dott. *Pangloss* ha ricevuto da colleghi, che si trovano al fronte, numerose lettere, ed ha fatto sue le lamentele e le critiche, che queste lettere gli portavano. Lamenti e critiche vanno a colpire un facile e comodo bersaglio: la sanità militare, ed in genere il corpo sanitario in servizio attivo permanente.

Dico facile e comodo bersaglio, anzitutto perchè è solo poco tempo, sarei per dire sono pochi giorni, da che, in mezzo al *caos* informe di uffici, più consultivi che esecutivi, che costituivano le direzioni del servizio sanitario militare, si comincia a delineare un insieme direttivo meno illogico; ed in secondo luogo perchè tra i quindici mila medici, che ora sono sotto le armi, conta assai poco l'interesse e la voce dell'esiguo manipolo degli ufficiali medici effettivi, dispersi fra zona di guerra e zona territoriale.

Fra parentesi, ed a proposito delle destinazioni di un certo numero di essi ai servizi della zona territoriale, non abbiano perfino sentito qualcuno rimproverare costoro, che sono i più sacrificati, come se fossero altrettanti *imboscati*, mentre è ovvio comprendere che ogni interesse morale e materiale loro, farebbe ardentemente desiderare il servizio in zona di guerra?

Ritornando al dott. *Pangloss*, mi permetto di osservargli che le asserzioni dei suoi corrispondenti non sono sempre poggiate su dati precisi.

Cominciamo dalla prima rivendicazione: la rapidità delle promozioni dei medici militari effettivi rispetto a quelli dei medici di complemento.

Se il dott. *Pangloss* avesse dato una scorsa ad un annuario militare, avrebbe rilevato che nel corpo sanitario gli attualmente colonnelli medici hanno in media la fresca età di *sessanta* anni, che i tenenti colonnelli medici effettivi più anziani hanno cinquantotto anni di età, e quarantotto ne hanno i meno anziani, i neo-promossi.

Nel ruolo dei maggiori poi avrebbe potuto riscontrare che i più anziani giungono alla classe del '68 (48 anni!) ed i meno anziani, i fortunatissimi, quelli che hanno risvegliato, con la loro brillante carriera, le cupidigie degli anonimi colleghi, sono della classe dell'80.

E, si noti bene, questo esiguo gruppo di maggiori, non dirò giovani, ma meno vecchi degli altri, che ha dovuto alla guerra la sua invidiata fortuna, perchè sono state aumentate le sezioni di sanità ed, in rapporto a tale aumento, l'organico dei maggiori si è ampliato di un certo numero di posti, pagherà il lieve beneficio, che unico fra tutto il corpo sanitario ha conseguito, col rimanere nel grado di maggiore per tutto il resto della carriera.

Di quello poi che sarà l'avanzamento degli attuali capitani medici è meglio non parlare, ma basta un'occhiata all'annuario per immaginarlo.

A quanto dice il dott. *Pangloss*, essi e gli altri loro colleghi godranno, nel dopo guerra, di un meritato riposo alle loro fatiche: Dio solo sa invece che immane cumulo di lavoro incomberà, nel dopo guerra, sul piccolo corpo sanitario effettivo!

Questi sono i *voli di carriera*, queste le *riparazioni dei torti subìti*, questa è *la valvola di sfogo alle legittime aspirazioni*, regalo che la guerra avrebbe portato, secondo il dott. *Pangloss*, con le sue mani cruente, ai medici militari, singolari beneficiati dall'immane flagello!

Guardi altrove *Pangloss*, se vuol vedere profitti, carriere rapide e gradi conseguiti in età giovanile. Mi spiace che ad un medico studioso e competente di cose militari si debba fare questo richiamo.

E veniamo ora a esaminare le condizioni che nel nostro esercito si sono fatte agli ufficiali medici di complemento, condizioni che il dottor *Pangloss* proclama intollerabili per promozione e per impiego.

Gli ufficiali medici dell'ordinario ruolo di complemento, se abili ai servizi di guerra, sono promossi a seconda della legge sull'avanzamento insieme con gli effettivi di pari anzianità.

È vero che tali promozioni non superano il grado di capitano, mentre per gli ufficiali delle armi, così dette, combattenti giungono al grado di maggiore, ma questa disparità di trattamento non dipende dal fatto che dalla Sanità Militare non si ritengano i medici di complemento idonei a coprir gradi direttivi, come erroneamente credono i corrispondenti del dott. *Pangloss*, ma dalla strana posizione del medico in genere nell'esercito.

Egli versa il suo sangue nelle trincee, affronta in mezzo ai soldati ogni disagio ed ogni pericolo, muore spesso della morte dei martiri

e degli eroi, ucciso da una palla o spento da una infezione, ma..... non è considerato ufficiale combattente!! La sua carriera è assimilata a quella degli ufficiali di amministrazione.

Del resto perchè i capitani di complemento passino per promozione ordinaria al grado di maggiore, occorre che essi abbiano il *minimum* della permanenza di due anni nel grado, e nessuno degli attuali capitani medici di complemento, che erano tutti subalterni allo inizio della nostra guerra, si può ancora trovare in questa condizione.

Vi sono poi delle speciali categorie di ufficiali medici di complemento costituite da quelli che non avevano, prima della guerra, alcun grado militare e che, per i soli titoli che possiedono, in base alla circolare 734 del G. M. 1916, saltano, a piè pari, qualsiasi grado ed anzianità, e, senza aver fatto precedentemente neppure un giorno di servizio militare, diventano *d'emblée* capitani, maggiori, tenenti colonnelli, colonnelli e generali; e non è una commissione di impiegati o di militari che assegna questi titoli con burocratica parsimonia, ma una commissione di scienziati venerati e venerandi!

Francamente credo che nessun'altra categoria di professionisti, le cui rispettive carriere, è bene ricordarlo, sono state danneggiate dalla guerra non meno di quelle dei medici, sia stata trattata con più equa larghezza.

Ma dimenticavo l'altro lamento, l'altra causa di malcontento del quale *Pangloss* si è fatto eco: perchè i medici di complemento non devono concorrere nella stessa misura che gli effettivi ai posti direttivi?

Spieghiamoci: quali sono questi posti direttivi, ambiti tanto dagli ufficiali medici di complemento? Vogliono questi poter divenire, in altri termini, direttori di sanità di armata, o di corpo d'armata, oppure capi-ufficio di sanità divisionale, o comandanti delle sezioni di sanità, poichè gli altri posti direttivi sono aperti, ed in gran parte occupati, da ufficiali di complemento?

Si potrebbe chiedere quale vantaggio o godimento ricaveranno essi da questi impieghi più militari e burocratici che tecnici, quando agli ufficiali medici di complemento sono aperti, ed anzi riservati, posti e gradi ben più brillanti ed ambiti, dal punto di vista professionale, come di quelli di consulenti di armata e di corpo d'armata, di direttori di tutti gli Istituti e centri di cure specializzate, di capi delle ambulanze chirurgiche, di insegnanti all'Università castrense, ecc.; ma, a prescindere da tutto ciò, è facile comprendere che l'amministrazione militare ha bisogno di tenere, in quelle direzioni, che sono altrettanti punti nodali del servizio, funzionari responsabili nel più ampio senso della parola, funzionari che, più ancora che per la loro lunga e faticosa carriera passata, garantiscano col pegno di tutto il loro avvenire.

Del resto non credo che tali posti facciano gola a chicchessia, perchè son ben più irti di triboli e di spine che non fioriti di rose.

Certo la guerra, come dice *Pangloss*, è in antitesi con ogni concetto di giustizia e di pietà, ma ancor più ingiusta e funesta è l'opera di chi semina l'equivoco ed il sissidio fra coloro che dovrebbero essere, e sono realmente, affratellati dai comuni studii e dalla comune opera pietosa.

So bene che fra questi non è il dott. *Pangloss*, del quale da tempo seguo ed apprezzo l'azione valorosa di studioso, e che dovrebbe, per la sua autorità e per l'opera da lui spiegata nel giornalismo medico, farsi moderatore di tali malsane tendenze. Comunque, mi auguro che ora egli, chiarite le cose, voglia dire ai lettori del «Policlinico» che lo stretto raggio visuale dal quale spesso si giudica, può condurre in errore, e che nessun sopruso, nessuna ingiustizia dai medici effettivi dell'esercito è stata fatta a danno dei colleghi, sempre ben accetti e graditi collaboratori.

Dott. GUIDO MENDES, *maggiore medico.*

Cronaca del movimento professionale.

Il collegio convitto per gli orfani dei sanitari. — La *Gazzetta ufficiale* ha pubblicato il nuovo regolamento per l'esecuzione della legge 7 luglio 1901, n. 306 sul Collegio convitto di Perugia per gli orfani dei sanitari italiani, modificata con la legge 2 luglio 1911, n. 725.

Sono sottoposti al contributo obbligatorio di cui all'art. 2, lettera *e*, della legge 2 luglio 1911, n. 725, tutti i medici chirurghi, veterinari, farmacisti, i quali prestino nel Regno servizio sanitario alla dipendenza dello Stato, delle Provincie, dei Comuni, delle Opere pie e di altri enti pubblici, legalmente riconosciuti, mediante retribuzione fissa sotto qualsiasi denominazione a carico di uno o più degli enti medesimi.

Ricerca di medici per Ospedali di guerra. Il Comando dell'Ospedale militare di Riserva di Rovigo ha diretto all'Ordine dei medici di Milano la seguente richiesta:

« Si prega caldamente codesto on. Ordine dei Me-

dici perchè voglia compiacersi di fare indagini affine di trovare qualche medico che sia disposto a trasferirsi a Rovigo in servizio militare temporaneo nella qualità di assimilato onde poter attivare il funzionamento di altri dieci ospedali in aggiunta a quattro esistenti.

È al sentimento patriottico di tutti i colleghi, che io, cittadino milanese, mi rivolgo in questo momento di suprema necessità.

L'assimilazione o grado verrà assegnata secondo gli anni di laurea.

Oltre lo stipendio del grado vi sarà l'indennità di marcia da lire 3 a 4 giornaliere, l'indennità d'alloggio in lire 1 netto al giorno e magari alloggio gratis in più.

Agli ufficiali di guardia spetta il vitto gratuitamente per la giornata o per le giornate, se si offre di fare più guardie di seguito.

Il tenente realizzerà al mese lire 320 ed il capitano lire 444 nette.

Il viaggio sarà gratuito oltre all'indennità spettante al grado. *Firm.: colon. dott. Bozzi.*

Ordine dei medici della Provincia di Palermo. — Il Consiglio dell'Ordine ha rilevato e deplorato che le amministrazioni comunali della Provincia, pur concedendo una indennità mensile di caro-vivere agli impiegati burocratici, non sempre abbiano esteso tale indennità ai loro medici condotti, sebbene con una circolare del ministro Orlando diretta ai Prefetti s'invitino i Comuni e le Provincie ad ottemperare, nei limiti del bilancio, alle esigenze create dallo stato di guerra.

Pertanto il Consiglio, informato che già il Comune di Palermo ha concesso l'indennità caroviveri ai sanitari municipali, ha deliberato di rivolgersi al Prefetto della Provincia, affinchè voglia adoperare la sua autorevole influenza presso le amministrazioni dei Comuni ed Opere Pie della Provincia, perchè queste, imitando lo Stato, vogliano accordare ai medici l'indennità caro vivere.

Dopo una breve discussione sulla questione Brunelli, il Consiglio ha votato ad unanimità un ordine del giorno in cui:

«Richiamato il precedente ordine del giorno del 30 aprile u. s.;

tenuto presente l'ordine del giorno del Consiglio Federale votato nella seduta del 13-14 maggio u. s.;

facendo proprio il concetto espresso nel suddetto ordine del giorno, che l'apoliticità degli Ordini non possa e non debba comprendere l'astensione degli Ordini nel contribuire con tutte le loro forze alla resistenza della Nazione nella guerra attuale;

ritenuto che l'atteggiamento politico dell'onorevole Brunelli è in contrasto coi sentimenti d'italianità di tutti gl'inscritti a questo Ordine dei Medici e della grandissima maggioranza della classe sanitaria del Regno;

esprime il voto che non si possa mantenere all'on. Brunelli la fiducia come rappresentante del Consiglio Superiore di Sanità».

Ordine dei medici della Provincia di Belluno. — Il Consiglio dell'Ordine, dopo aver respinto con 5 voti contro quello del proponente dott. Pagani, la tesi della incompetenza degli Ordini a giudicare il contegno politico dell'on. Brunelli, approvava un ordine del giorno proposto dal dott. Del Zotto, in cui:

«Rilevata anzitutto l'opera dell'on. Brunelli, assidua ed efficace a vantaggio della classe medica e la obbiettiva correttezza di lui come presidente della A. N. M. C. quale apparisce dall'indirizzo da lui dato all'azione di classe prima e durante la guerra;

riaffermato il pieno rispetto alla libertà di pensiero che rappresenta una conquista insopprimibile del mondo moderno;

ritenuto che la apoliticità dell'Ordine, istituto essenzialmente professionale, esclude il diritto di giudicare dell'atteggiamento politico dell'on. Brunelli, liberamente e legalmente eletto a far parte del Consiglio superiore di Sanità dagli Ordini che non ignoravano la sua fede politica;

constatato che per l'atteggiamento politico personale dell'on. Brunelli, un grave dissidio si è formato tra lui e la grande maggioranza dei sanitari, dissidio che è causa di profondo disagio morale ed è insanabile perchè ha le sue radici in fatti e ragioni sentimentali che sono al di fuori ed al di sopra di ogni tendenza politica particolare;

nella ferma convinzione che il buon andamento di ogni forma associativa riposa sulla concordia degli animi e sulla corrispondenza fiduciosa di pensiero e di sentimento tra gli associati e chi ne dirige l'azione, cosicchè, quando tale affiatamento si affievolisca e si perda, vien meno, con la disorganizzazione palese o latente, la forza veramente operosa per il raggiungimento dei fini che la associazione si è proposta;

esprime il voto che, unicamente informandosi all'interesse delle associazioni che lo avevano voluto a loro rappresentante, l'on. Brunelli rassegni le dimissioni da membro del Consiglio superiore di Sanità».

Ordine dei Medici della Provincia di Firenze. — È stato approvato il seguente O. d. G.:

«Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Firenze;

che in varii ordini del giorno dichiarò come l'on. Brunelli non doveva mantenere la rappresentanza degli Ordini dei Medici nel Consiglio Superiore di Sanità per avere col suo contegno decisamente antipatriottico offeso i sentimenti di italianità della classe medica;

che nel Congresso degli Ordini dei Medici della Toscana lo invitò a dimettersi;

afferma la necessità di considerarlo decaduto dalla rappresentanza degli ordini;

presa cognizione dal *Policlinico* del 27 maggio 1917 dell'ordine del giorno del Consiglio della Federazione *che ritiene insanabile il proprio dissenso di pensiero da quello manifestato dall'opera politica dell'on. Brunelli;*

ritiene che questo giudizio del Consiglio federale, che è il rappresentante degli Ordini dei Medici d'Italia, sia l'invito all'on. Brunelli di dimettersi;

vede nella richiesta dell'on. Brunelli di voler conoscere se la maggioranza degli Ordini dei Medici *intenda o no di discutere* quello, che egli chiama il suo atteggiamento politico e che invece è atto di *lesa patria,* un sottile espediente per tentare di mantenere quel posto, di cui non è più degno;

invita i principali Ordini d'Italia, che hanno preso parte alla questione, a stimolare anche mediante congressi regionali gli Ordini della rispettiva regione a dare un giudizio esplicito, nel caso che l'on. Brunelli non sentisse il dovere di dimettersi neppure dopo il giudizio a lui tanto contrario del Consiglio Federale».

ATTI PARLAMENTARI.

Sull'indennità caro-viveri.

All'on. Molina il ministro degli Interni, ha così risposto in proposito:

«Nessun provvedimento è stato ancora adottato per estendere ai Comuni, Provincie, Opere Pie, l'obbligo di corrispondere ai rispettivi dipendenti l'indennità caro-viveri nella misura proporzionale stabilita dal decreto luogotenenziale per gli impiegati dello Stato. Si sono però rinnovate le raccomandazioni agli Enti locali affinchè provvedessero adeguatamente. Ed ora con una recentissima circolare sono state rivolte premure ai prefetti invitandoli ad accertare quali delle dipendenti amministrazioni non abbiano ancora provveduto, per poter poi esaminare, in base alle notizie che ne risulteranno, se e quali provvidenze sieno da adottarsi sull'argomento».

L'on. Bentini ha presentato un'interrogazione ai ministri del Tesoro e dell'Interno perchè sia elevato il minimo dell'imponibile degli stipendi e dei salari degli impiegati ed agenti della pubblica amministrazione ai fini dell'imposta di ricchezza mobile, escludendo dalla imposta stessa l'indennità di qualsiasi specie, particolarmente quella di caroviveri.

Pei medici dei Consorzi sanitari.

Gli on. Brunelli e Pucci avevano interrogato il Ministro dell'Interno per sapere se non creda opportuno ed urgente un provvedimento che stabilisca essere sufficienti le decisioni delle rappresentanze dei Consorzi di condotte mediche e veterinarie in materia di aumento di stipendio o di concessione d'indennità per caro-viveri ai sanitari consorziali; ciò allo scopo di ovviare l'inconveniente che dette decisioni possano essere annullate, come ora avviene, pel voto contrario anche di un solo Consiglio Comunale dei comuni consorziati, contro il voto favorevole di tutti gli altri.

Il sottosegretario on. Bonicelli ha così risposto:

«Il provvedimento invocato dagli onorevoli interroganti sarebbe in aperto contrasto con tutto il sistema delle norme che regolano il funzionamento giuridico-amministrativo dei consorzi sanitari.

Secondo la legislazione vigente, spetta esclusivamente ai Consigli dei singoli comuni costituenti un consorzio sanitario deliberare in merito alle spese necessarie pel funzionamento del consorzio stesso, mentre alle rappresentanze consorziali sono riservati i provvedimenti circa il funzionamento tecnico-amministrativo del consorzio (capitolato, regolamento interno, pagamento di stipendi e disciplina del personale, ecc.) nei limiti dei fondi posti a sua disposizione dalla convenzione regolatrice del consorzio.

L'adozione della suggerita riforma non potrebbe effettuarsi senza ledere gravemente il principio stesso dell'autonomia comunale, in virtù della quale ogni Comune deve essere lasciato libero nel vincolare il proprio bilancio e di provvedere nella maniera che crede più rispondente ai propri interessi, ai servizi pubblici dipendenti.

D'altra parte, ad ovviare all'inconveniente lamentato dagli onorevoli interroganti occorrono adeguati rimedi, per la facoltà pertinente alla Giunta Provinciale Amministrativa (art. 219 della legge comunale e provinciale) d'intervenire d'ufficio per rendere vano l'eventuale rifiuto di qualcuno dei Comuni consorziati a deliberare le spese che fossero ritenute necessarie, e quindi obbligatorie, pel funzionamento del servizio sanitario».

Riforma nell'ufficio sanitario militare.

Come annunziammo nello scorso numero, l'onorevole Dore aveva presentato un'interrogazione in cui proponeva che l'ufficio sanitario militare presso il Ministero della Guerra «si elevasse alle funzioni di una direzione generale autonoma, perchè possa essere data unità ed energia d'indirizzo al servizio sanitario militare».

Il generale Giardino ha così risposto: «Il provvedimento cui accenna l'onorevole interrogante era già nel proposito del Ministero, e si stanno appunto facendo gli studi e le pratiche per attuarlo».

La riforma ha lo scopo di accrescere l'efficienza dei servizi sanitari dell'esercito. Essa conferirà autonomia ed attribuzioni vaste e definite ad un ufficio che aveva già assunto importanza notevolissima, sotto un'abile e solerte direzione e col concorso di cooperatori fattivi.

La sistemazione del nuovo ufficio verrà presto tradotta in pratica.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6914) *Pensioni - Rilascio di certificati in condotte a cura piena.* — Dott. abbonato 1504 da M. — Alle condizioni esposte liquiderà a fine prossimo settembre la somma di L. 1451. Con altri sei mesi di servizio la pensione rimarrà nella medesima misura, giacchè in tale spazio di servizio, supposti già compiuti nei 24 anni sei mesi ed un giorno tenuti per base nella precedente liquidazione. Non pos-

sono essere calcolati i 19 mesi di interinato prestati prima della entrata in vigore della legge sulla cassa di previdenza, perchè sono riscattabili i soli servizi fatti con nomina regolare e nella condizione di titolare effettivo della condotta. I medici condotti a cura piena sono tenuti al rilascio gratuito di tutti i certificati di cui sono richiesti e ciò sia perchè il certificato è il compendio di una visita medica, che è gratuita, sia perchè il Comune è obbligato a prestare, oltre la cura, anche l'assistenza sanitaria ai propri naturali. L'assistenza sanitaria comprende, fra altro, anche il rilascio dei certificati di cui si possa, per qualsivoglia causa, aver bisogno. Al medico condotto, anche se a tutta cura, compete compenso pel rilascio di certificati in caso di infortunii sul lavoro.

Nel fatto del rilascio gratuito dei certificati non vi ha nulla da vedere il Comitato locale di assistenza civile e, perciò, crediamo che sia inutile che Ella ad esso si rivolga per ottenere una diminuzione dell'ammontare della relativa tassa, che Le fu imposta dal Comune. Qualora creda che l'onere della condotta sia superiore allo stipendio che Le corrisponde il Comune, può rivolgersi alla G. P. A. per congruo aumento di ufficio ai sensi dell'articolo 26 del testo unico delle vigenti leggi sanitarie.

(6915) *Pensioni.* — Dott. V. M. da T. — Inscrivendosi ora alla Cassa di previdenza non è possibile liquidare la pensione nel prossimo anno 1918 perchè occorre un minimo periodo di permanenza, fissato in 10 anni per i sanitarii che non abbiano compiuto i 60 anni di età ed in 5 anni per coloro che abbiano sorpassato tale limite e ciò su base allo stesso articolo 42 del Testo Unico da Lei citato.

(6916) *Indennità pel caro-viveri.* — Dott. abbonato 2687. — Il Decreto Luogotenenziale che accorda l'indennità caro-viveri a coloro che sono forniti di stipendio non superiore alle lire 4500 è applicabile ai soli impiegati dello Stato e non a quelli dipendenti dagli enti locali. Per costoro provvedono i rispettivi Consigli amministrativi, cui all'uopo sono stati rivolti dalle competenti superiori autorità, opportuni eccitamenti.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 3422:

Il ministero non promuove che gli ufficiali dei quali può disporre.

Fino a che il collega si troverà *indisponibile* non potrà venir promosso.

Al dott. P. C., Zona di Guerra:

L'articolo 5 della circolare n. 752 non si applica agli ufficiali che hanno diritto alla promozione a senso dell'art. 1 di detta circolare.

Il collega trovandosi in zona di guerra può esser proposto alla promozione *solo in base* all'art. 1.

Al dott. A. A. S., Zona di Guerra:

Non vi è nessuna disposizione che conceda esoneri o posizioni speciali in ospedali territoriali ai medici in rapporto alle loro condizioni famigliari.

Trovandosi il collega in zona di operazioni potrà essere proposto per l'avanzamento dopo un minimo di permanenza di quattro mesi.

Circa gli assegni, gli spettano quelli di sottotenente medico più l'indennità di guerra.

Per ciò che riguarda le mansioni del medico militare in campagna può leggere il Randone. (Il medico militare in campagna).

All'abb. n. 4151:

Attualmente il disposto della circolare n. 39 dispensa 4 del 14 gennaio 1916 è stato abrogato, perchè sostituito da quello della circolare 734 del 1916.

Però il collega può provare a presentare un reclamo, non avendo la circolare 734 effetto retroattivo, e se l'errore che lo ha danneggiato risulterà, non è escluso possa ottenere la promozione che allora gli spettava.

All'abb. n. 8207:

Per far domanda di venir ammesso al concorso per la nomina a tenente medico effettivo, occorre che tale concorso sia aperto.

Si osserva che recentemente ne è stato chiuso uno. L'anzianità dipende dalla graduatoria del concorso e dagli altri titoli di servizio prestato.

All'abb. n. 7117:

A rigore di termini la Direzione di Sanità del Corpo d'armata non può passar sopra la dichiarazione della Commissione sanitaria di visita di Firenze, se tale dichiarazione avesse carattere di permanenza.

All'abb. n. 1772:

Non è ammissibile che il collega possa passare dalla Croce Rossa alla Sanità Militare, se prima non viene prosciolto dalla Croce Rossa dagli obblighi che ha contratto con essa quando vi si è arruolato. Avuto il proscioglimento, dalla Croce Rossa potrà far domanda di essere ammesso nella Sanità, e presentare i titoli pel grado che dovrà essergli conferito.

All'abb. n. 8972:

La circolare 734 pubblicata il 1° dicembre 1916, ha abrogato le disposizioni precedenti. Ecco perchè il collega è stato trattato diversamente da quelli che erano stati chiamati alle armi in un'epoca precedente. Se chiede la visita sarà visitato sopra luogo e non a Firenze. I medici delle classi dal '70 al '75 sono rimasti nella circoscrizione del proprio corpo d'armata territoriale.

All'abb. n. 4250:

Lo *speciale* ruolo di complemento ai cui gradi possono aspirare per titoli i medici non ha promozioni per anzianità. Infatti gli ufficiali di complemento del ruolo ordinario conseguono le promozioni ulteriori passando nei ruoli di riserva e di territoriale, categorie che sono precluse agli ufficiali medici di complemento nominati *per titoli d'emblée* al grado che occupano. L'unica via quindi perchè questi possano conseguire la promozione al grado superiore è quella di essere proposti per *merito eccezionale* (*art.* 13 *della legge*) a meno che non conquistino nel frattempo altri titoli che li rendano idonei ad una nuova promozione.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Cercasi medico-chirurgo interino per Sermoneta (Roma) per il periodo dal 20 agosto al 20 settembre. Compenso L. 450 e viaggio da Roma-Sermoneta e viceversa. Per informazioni rivolgersi al dott. Filippo Paolelli, Sermoneta.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Ordine della Corona d'Italia.

È stato nominato commendatore il prof. Parlavecchio Gaetano, ordinario di medicina operatoria presso la R. Università di Palermo.

Rallegramenti all'insigne chirurgo.

NOTIZIE DIVERSE

Al Consiglio Superiore della pubblica istruzione.

I rappresentanti testè eletti dalle Facoltà mediche al Consiglio Superiore della P. I. sono i professori Monti Achille, Trambusti Arnaldo e Pagliani Luigi.

I membri del Consiglio Superiore della P. I. nominati recentemente dal ministro sono i professori Credaro (della Università di Roma), Torraca (della Università di Napoli), Brondi (Torino) e Giacosa (Torino). I membri nuovi nominati dalla Camera dei deputati sono l'on. Scalori e l'on. Valvassori-Peroni. I membri nominati dal Senato sono l'onorevole Molmenti e l'on. Del Giudice.

Si è recentemente dimesso l'on. Malvezzi, ch'era nominato dal Senato, e che si deve sostituire.

L'on. Credaro è stato nominato vice presidente del Consiglio e della Giunta; egli funzionerà da presidente; com'è noto, presidente effettivo è il ministro della P. I.

Ecco pertanto la completa costituzione del Consiglio Superiore:

Presidente on. Credaro — *Membri*: prof. Bocci — prof. Bonfante — prof. Brondi — prof. Burci — prof. Canevazzi — on. Capaldo — sen. Dalla Vedova — sen. Del Giudice — on. Finocchiaro-Aprile — prof. Gentile — prof. Giacosa — prof. Marghieri — sen. Mazziotti — sen. Molmenti — prof. Monti — prof. Nasini — prof. Pagliani — prof. Pais — prof. Pascal — prof. Pincherle — prof. Ranelletti — prof. Romano — prof. Salemi-Pace — on. Scalori — on. Stoppato — prof. Trambusti — on. Valvassori-Peroni — prof. Zuccante.

La Giunta del Consiglio Superiore è così costituita:

On. Credaro, *presidente* — prof. Bonfante — professor Burci — prof. Canevazzi — prof. Gentile — prof. Monti — prof. Nasini — prof. Pascal — prof. Ranelletti — prof. Romano — prof. Torraca.

Scambio di prigionieri con l'Austria.

Il sesto scambio di prigionieri tra l'Italia e l'Austria ha importato i seguenti quantitativi:

resi dall'Austria 7 ufficiali, 32 sottufficiali e 268 militari di truppa invalidi delle armi combattenti, 30 ufficiali medici sani, tutti italiani; 31 ufficiali serbi;

resi dall'Italia: 250 invalidi delle armi combattenti, una trentina di soldati di sanità ed una ventina di ufficiali medici, dell'Esercito austriaco.

Conviene avvertire che il numero degli ufficiali medici fatti prigionieri da noi è sensibilmente inferiore a quello corrispondente fatto dagli austriaci, perchè le formazioni sanitarie austriache vengono accantonate molto lontano dalla linea del fuoco, allo scopo di risparmiarle quanto più è possibile, in quanto che il corpo sanitario militare austriaco è scarsissimo.

Conviene tener presente, inoltre, che noi restituiamo all'Austria un numero di prigionieri delle armi combattenti inferiore a quello che ci viene reso dall'Austria, malgrado il numero complessivo dei prigionieri fatti da noi sia molto più elevato.

Gli è che noi circondiamo questi ultimi di molte cure, di modo che pochi relativamente divengono invalidi per malattie; invece i nostri prigionieri, pur essendo trattati con umanità, difettano di alimenti, di assistenza medica e di medicinali, di modo che moltissimi ammalano gravemente e ci vengono poi restituiti.

L'Istituto Pro-Mutilati a Modena.

Con l'intervento del ministro L. Bianchi si è inaugurato a Modena l'Istituto di cure fisiche e ortopediche con annessa scuola di lavoro per i mutilati e storpi di guerra.

Il prof. Tito Ferretti, nostro redattore-capo per la Chirurgia, è stato colpito da una irreparabile sventura, la perdita dell'adorata madre Margherita.

La redazione e l'amministrazione gli inviano commosse condoglianze.

Indice alfabetico per materie.

Atti parlamentari . . . . Pag. 873
Ferite con lesioni della faccia e dei mascellari . . . . » 964
Interlobiti nei tubercolosi: sintesi clinica » 966
Ittero epidemico fra le truppe operanti . » 955
Ricino: tossicità dei panelli . . . . . » 869
Rotula: incisione mediana longitudinale per l'estrazione di proiettili . . . . » 963
Meteorismo: trattamento . . . . . . Pag. 968
Servizi sanitari campali . . . . . . » 964
Spirochetosi itterogena . . . . » 950
Spirochetosi nei topi ed ittero epidemico » 962
Ufficiali medici: per l'equo trattamento . » 871
Uretrite blenoragica: trattamento con permanganato potassico . . . . . . » 969

Roma, 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 5 agosto 1917* Fasc. 32

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: F. Giugni: Sulle nefriti acute delle truppe operanti. (Nefrite da trincea). — T. Silvestri: Della nefrite nei combattenti. — **Note di tecnica:** A. Angiolani: Dosamento approssimativo dell'albumina nelle urine. — **Note e commenti:** R. Alessandri: Sui servizi sanitari campali. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: I sintomi gastrici nella nefrite. — L'edema dei reni. — Sulle malattie renali acute nelle truppe combattenti. — Una nuova forma di nefrite acuta osservata in questa guerra. — TERAPIA: Azione dei diuretici nelle nefriti. — Trattamento dietetico della nefrite azotica. — Il salvarsan nelle nefriti. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: Pangloss: Nè equivoci, nè discordie. — **Atti parlamentari.** — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Condotte e concorsi.** — **Medicina sociale:** L'azione dello Stato contro la tubercolosi. — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

Sulle nefriti acute delle truppe operanti.
(Nefrite da trincea)

Prof. FRANCESCO GIUGNI, capitano medico.

Il *Policlinico*, nel fasc. 37 del settembre u. s., pubblicava un riassunto delle osservazioni di due medici francesi, M. Gand e P. Mauriac, comparse nel *Paris Médical*, del 15 aprile, riguardante le nefriti acute delle truppe operanti, e in qualche altro giornale italiano di medicina sono apparse alcune note bibliografiche degli studi compiuti nelle nazioni alleate su questa affezione che rappresenta, oggi un capitolo di attualità e di grande importanza nella Patologia castrense.

Una speciale frequenza di casi di nefrite acuta, chiamata pure non troppo propriamente «nefrite da trincea», e detta anche «epidemica», sebbene non appaia ancora, a parer mio, decisamente giustificata tale qualifica, per ragioni che più avanti esporrò, si è verificata anche nei nostri soldati alla fronte, e riferendo qui brevemente le osservazioni relative soltanto alla zona di mia conoscenza che corrisponde ad una vasta regione delle Alpi Dolomitiche, ricorderò che fin dall'estate scorsa in un ospedaletto da campo avanzato il capitano medico Ficacci ed io segnalavamo la comparsa di queste forme ad etiologia oscura e ne studiavamo l'andamento clinico e i dati batterioscopici urinari.

Relativamente alla storia di questa affezione che colpisce gli eserciti belligeranti, un primo

esempio dimostrativo si è avuto nella guerra civile americana, durante la quale le statistiche segnarono 14,187 casi di nefrite. Mentre però non si ha cenno della sua comparsa durante la guerra tra la Spagna e l'America, la russo-giapponese, l'italo-turca, e la campagna inglese nel Sud Africa, nella guerra attuale i casi eccezionalmente numerosi di nefrite acuta sogno segnalati negli eserciti inglesi e francesi, tanto del nord come in quelli del bacino del Mediterraneo, come pure risultano comparsi negli eserciti russi, tedeschi, austriaci, e in quelli delle nazioni Balcaniche.

Prima di riportare la letteratura ormai vasta degli studi compiuti dai medici franco-inglesi, e le loro discussioni in proposito, riferirò brevemente l'andamento clinico e alcune constatazioni relative alla frequenza e alla modalità di comparsa di tali forme nelle nostre truppe.

Per quanto riguarda la data iniziale delle nostre osservazioni, l'attenzione fu principalmente attratta nei mesi di maggio, giugno, luglio 1916, non avendo notato nella estate-autunno 1915 e nella stagione invernale una speciale frequenza di questa affezione.

Non avendo avuto nè la possibilità, nè i mezzi di compiere statistiche esatte, posso affermare che approssimativamente ho veduto già alcune centinaia di casi passare attraverso gli ospedali, e alcune considerazioni relative allo studio di ambiente e alla etiologia, che più avanti riferirò, furono compiute specialmente durante la mia permanenza in un ospedaletto di prima linea dove ebbi campo di meglio osservarle unitamente al collega capitano M. Ficacci che potrà riferire più in esteso e più dettagliatamente la SINDROME DELLA MALATTIA.

L'inizio di tale affezione fu in molti casi subdolo, senza speciali forme morbose o cause determinanti a cui poterlo legare. Così almeno notavano i sanitari che primi osservavano i malati nelle prime linee.

La sintomatologia iniziale era in genere rapida e rivestiva il carattere di speciale gravità. I soldati avvertivano debolezza, prostrazione di forze, facile dispnea, cefalea, e in molti casi si aveva febbre. Il fatto però che svelava l'affezione e decideva i medici ad inviare i soldati agli ospedali era la comparsa precoce degli edemi alla faccia, agli arti inferiori, e allo scroto. Nei numerosi malati che furono di nostra osservazione nell'ospedaletto di prima linea esistevano già edemi dopo 3-5 giorni dai primi sintomi soggettivi che avevano sorpreso i pazienti molte volte in pieno benessere, senza alcuna peculiare causa soggettivamente apprezzata. Tale fu anche la nostra impressione in quel primo periodo di osservazione, ma fino da allora avevamo notato però, con una più accurata indagine, che in alcuni casi erano preesistite o una leggera infiammazione delle tonsille, o laringiti e laringo tracheiti, e più di frequente una semplice affezione bronchiale.

Ma su questo punto avrò campo di ritornare trattando della etiologia di queste forme.

Unitamente ai sintomi soggettivi già accennati, alcuni avevano notato colla cefalea intensa e colla dispnea, delle epistassi, turbe visive, dolori alla regione dei lombi, e qualcuno aveva avuto nausea dei cibi o vomito, qualche altro diarrea, e molti avevano constatato la diminuzione nella quantità ed il carattere emorragico delle urine. La febbre all'inizio era un fatto frequente ma non assolutamente costante. Negli individui in cui si osservavano temperature superanti anche i 39 gr. la anamnesi o l'esame obbiettivo mettevano spesso in evidenza una forma bronchiale che preesisteva alla affezione renale, o una delle forme morbose accennate.

In non pochi casi però vi fu all'inizio febbre elevata e non fu possibile accertare, all'infuori del processo renale, alcun altro dato morboso anteriore o in atto.

I malati quali si presentavano al loro ingresso all'Ospedaletto in periodo acuto della malattia apparivano notevolmente dispnoici, sovente congesti e cianotici specie quando coesisteva, fatto come ho detto non infrequente, una bronchite diffusa. Nei casi più gravi gli edemi avevano il carattere di un vero anasarca, con versamento addominale e pleurico. Il polso frequente e teso denotava un aumento sensibile della pressione arteriosa, e al cuore i toni apparivano in questi casi rinforzati, notandosi talora anche leggero sfiancamento del diametro obliquo cardiaco. Non ho mai ascoltato il ritmo del rumor di galoppo.

Da parte delle urine uno dei caratteri più evidenti era la notevole diminuzione della quantità, con veri periodi di anuria constatata non poche volte durante la fase acuta. Nella maggior parte dei malati le urine all'inizio erano nettamente emorragiche. Su questo punto, cioè sulla presenza di sangue nelle urine ho dovuto coll'esperienza modificare alcune mie vedute, aderendo cioè al concetto del carattere emorragico nella grande maggioranza dei casi all'inizio della malattia.

Una accurata indagine anamnestica rivelava infatti che i soldati s'erano accorti anzitutto di emettere urine scure, e tale fenomeno era durato alcuni giorni. Alcuni osservatori più

intelligenti definivano spontaneamente il colore delle urine posa di caffè. Ma anche in via indiretta si potè confermare tale dato. Alcuni malati di nefrite accolti nell'Ospedale di Tappa al quale sono ora addetto, provenienti dalle unità Sanitarie di prima linea quando il processo renale, secondo l'esposto della cartella clinica, era diminuito o spento, per il disagio del trasporto o per qualche disguido nella alimentazione, presentarono un risveglio della nefrite colla comparsa di sangue nelle urine. In due malati nei quali secondo il referto della cartella non si era mai avuto sangue nelle urine e che degenti quì rivelarono scarsa quantità di albumina e assenza completa di elementi del sangue nel sedimento, bastò una impropria alimentazione erroneamente somministrata per risvegliare il processo renale che si presentò nettamente emorragico.

I casi però in cui l'urina si conservò ancora dopo i primi giorni emorragica furono relativamente molto scarsi.

Quando gli infermi anche più gravi si presentavano alla nostra osservazione nell'Ospedaletto, l'esame microscopico soltanto svelava qualche cilindro ematico ed eritrociti non molto abbondanti nel sedimento. La quantità di albumina durante il periodo acuto raggiungeva sovente proporzioni enormi e si sono osservati casi con 15-20 per mille di albumina all'albuminometro di Esback.

La diminuzione del tasso ureico in rapporto alla quantità di urina emessa non era invece molto sensibile, avendo notato nei pochi casi in cui ho eseguito tale determinazione una eliminazione di urea relativamente abbondante in rapporto al quantitativo di urina.

Nel sedimento in periodo acuto si aveva il reperto di una gran quantità di cilindri granulosi ed epiteliali, in genere grossi, corti e tozzi, sovente a foggia di cilindri misti granulo-epiteliali, e grande pure era il numero di cellule renali libere o in via di disfacimento, mentre scarsa in questo periodo era la presenza di globuli bianchi. È notevole il fatto che anche in alcune forme decorrenti benignamente, con sintomatologia attenuata e senza edemi, la quantità di albumina appariva notevolissima e pure abbondanti i cilindri renali.

Il quadro clinico nel periodo acuto, quale è stato brevemente tracciato, ha avuto in pochi casi di mia osservazione delle complicanze gravi, quali accessi uremici ed eccezionalmente un coma mortale. Raramente pure ho osservato fatti di edema polmonare acuto da doversi strettamente legare alla insufficiente funzione renale.

In alcuni individui si ebbero versamenti pleurici bilaterali emorragici e in un caso ho notato versamento emorragico addominale. Non sono stati eseguiti nei malati di mia conoscenza esami del fondo oculare allo scopo di svelare una retinite albuminurica.

Nella gran maggioranza dei casi il decorso dopo i primi giorni ha mostrato un pronto miglioramento. Col riposo a letto in ambiente caldo, con una dieta appropriata e con alcuni sussidi teraupetici, i fatti soggettivi prontamente si attenuavano, la cefalea, i disturbi visivi, la dispnea, la febbre scomparivano col diminuire e lo sparire degli edemi, mentre aumentava notevolmente in pochi giorni la quantità dell'orina e diminuiva il tasso di albumina. Ho visto malati dopo circa una settimana dal periodo acuto, la cui durata media era di tre-cinque giorni, ristabiliti completamente per quanto riguarda la sintomatologia soggettiva e i dati obiettivi, pur persistendo piccole quantità di albumina che dopo 3-4 settimane erano pure scomparse.

Un esame microscopico praticato in questo periodo svelava però ancora qualche cilindro ialino-granuloso, di forma allungata, qualche globulo rosso e la comparsa di abbondanti globuli bianchi. È però durante questo periodo che il rene si è mostrato facile a ricadute per una alimentazione o un regime di vita improprio, e allora il processo nefritico si è risvegliato passando alla forma cronica.

Ho osservato anche ricadute alla distanza di mesi, specialmente dopo che il soldato aveva ripreso la vita disagiata di trincea.

Accanto a questo tipo di nefrite acuta, inizialmente emorragica, che si è presentato più frequente alla nostra osservazione ho però osservato diverse varietà cliniche.

Vi furono delle forme attenuate con edemi fuggevoli o completamente senza edemi; delle forme che perdurarono lungo tempo emorragiche accompagnandosi a sintomi soggettivi scarsi e a rilievi di poca entità, all'infuori del contenuto orinario. Altri casi più rari si limitarono a vere e proprie albuminurie anche intense che decorsero apirettiche senza presentare il quadro della nefrite acuta.

Il reperto anatomico di alcuni individui venuti a morte nel periodo acuto della nefrite dimostrò un processo infiammatorio che coinvolgeva i glomeruli e i tubuli, col quadro della nefrite parenchimatosa acuta.

In due individui febbricitanti ho praticato in periodo iniziale le colture del sangue circolante con esito completamente negativo.

L'esame microscopico del sedimento orinario

non ha mai rilevato forme bacteriche per qualità o quantità tali da dover loro attribuire una speciale importanza.

Lo studio di queste nefriti che nel loro andamento clinico non diedero l'impressione di una forma nuova ma riprodussero in molti casi il quadro di una nefrite acuta, identico sotto molti aspetti alla nefrite scarlattinosa, offrì un'importanza notevole per la frequenza e la percentuale elevata che si ebbe tra le truppe operanti, e additò ben presto la necessità di accurate indagini etiologiche circa gli eventuali agenti morbosi determinanti e le cause predisponenti.

Prima di riferire le mie osservazioni e di discutere questo argomento accennerò alle ricerche e agli studi compiuti da Autori diversi negli Eserciti combattenti.

I. — Il Langdon Brown, in uno studio pubblicato sul *Lancet* (Febbraio 1916, n. 4825) riporta il risultato delle osservazioni compiute all'Ospedale di S. Bartolomeo in Londra durante la seconda metà del 1915. Dopo aver accennato al termine poco proprio di nefrite da trincea, essendosi riscontrati casi anche nelle truppe non di prima linea, riferisce la storia di questa affezione di cui non si ebbe cenno durante le guerre più recenti, ma che apparve invece durante la guerra civile americana. Riporta nel suo lavoro la curva di frequenza dei malati nelle truppe inglesi nei diversi mesi dell'anno, ed accenna che nella guerra americana le condizioni dei combattenti, più che nelle altre, si avvicinavano a quelle della guerra attuale. Secondo la statistica compiuta dal Langdon Brown, nelle truppe inglesi alla fine del Giugno 1915 erano stati segnalati 1062 casi di nefrite con un crescendo progressivo dal Febbraio al Giugno, essendo stati segnalati 326 casi soltanto in quest'ultimo mese. Riguardo all'etiologia, l'Autore tende subito ad escludere l'importanza della stagione fredda, essendo pochissimi i casi verificatisi nell'inverno 1914-915, mentre invece la nefrite era apparsa frequente proprio coll'inizio della stagione calda, e dimostra in base alla propria esperienza durante la guerra inglese nel sud Africa e alle statistiche delle altre guerre, come gli sbalzi di temperatura non si possano egualmente incriminare nella etiologia di questa affezione. Esclude pure, in base alla osservazione dei suoi casi, che si possa dare una importanza etiologica alle acque troppo clorurate o contenenti sali di piombo eventualmente derivati dai recipienti ove erano raccolte, o si debba attribuire la nefrite ad una alimentazione eccessivamente ricca di proteine, o a una tossiemia di origine intestinale, o ad una acidosi d'origine alimentare. Così pure ricorda gli accenni fatti da diversi AA. degli eserciti nemici in un Congresso a Vienna, alle nefriti provocate da ingestione di cantaridi e di acido cromico, o dovute all'associazione dell'alcoolismo coll'azione del freddo, o alla coincidenza della dissenteria e della febbre tifoide nelle truppe. Combatte inoltre l'ipotesi relativa alla importanza attribuita nello stesso congresso di Vienna alle vaccinazioni antitifiche, non avendo osservato casi di nefrite durante la guerra del Sud Africa dove i soldati furono pure vaccinati. L'ipotesi ammessa da A. francesi che le nefriti siano consecutive ad una speciale forma di scarlattina senza esantema viene pure esclusa dal L. Brown che ricorda in proposito di avere osservato nefriti in truppe Indiane le quali godono di una relativa immunità per la scarlattina. Da queste considerazioni l'A. propende a credere si tratti invece di una vera forma infettiva specifica che clinicamente si manifesta come una nefrite glomerulo-tubulare, mentre la nefrite tossica, come quella da sublimato, presenta l'aspetto di nefrite tubulare.

Nei casi in cui ebbe il reperto anatomico fu infatti manifesta, a conforto di questa tesi, una nefrite con fatti infiammatori coinvolgenti i glomeruli e i tubuli, mentre il tessuto interstiziale appariva edematoso e infiltrato di linfociti e di leucociti polimorfi.

Le ricerche batteriologiche praticate dal sangue in molti casi rimasero sterili; quelle dirette sulle orine eseguite in 21 malati diedero questi risultati: in 18 soldati l'orina ottenuta per cateterismo restò sterile nei terreni colturali, e in 3 soli si ebbe sviluppo del b. coli. Ciò, secondo l'A., contrasta coi risultati delle esperienze di Klein e Pulay a Vienna e di Mac-Walter in Irlanda che reputavano il b. coli agente delle nefriti. Gli esami colturali praticati dal secreto della gola e delle tonsille anche in periodo acuto della nefrite diedero reperto dello streptococco, spesso in cultura pura, in qualche caso del pneumococco o del micrococco catarrale, ma esperienze di controllo in soldati non malati di nefrite e in persone della popolazione civile mostrarono risultati pressapoco identici, dimostrando la nessuna importanza del reperto di tali germi.

Ricordando le esperienze su animali eseguite dal Mackenzie Wallis che ammette la genesi della nefrite da un virus filtrabile, e prendendo in speciale considerazione il resultato della prova di Wassermann che fu positiva in 18 su 56 soldati nefritici, egli si domanda se tale alta percentuale di risultati positivi sia dovuta al fatto che appunto nei sifilitici è più labile la resistenza renale alle affezioni, oppure se questo resultato della prova sia dato, non dalla spirocheta della sifilide, ma dalla presenza di questo virus filtrabile, a conferma delle vedute del Mackenzie Wallis.

I sintomi clinici quali sono descritti nello studio del L. Brown riproducono in gran parte il quadro che ho descritto più sopra. Da un inchiesta fatta con alcuni Medici militari che avevano potuto osservare i pazienti all'inizio della malattia non risultò all'A. che fossero esistite forme febbrili pregresse, e solo in alcuni casi fu osservata diarrea. L'edema del volto e degli arti inferiori fu quasi sempre il primo sintoma notato, e così pure una dispnea intensa e temperature elevate a decorso molto irregolare. Sulla quantità e le qualità dell'orina secreta l'A. ha notato forti variazioni, forse in rapporto al periodo diverso della malattia in cui le osservazioni furono praticate. In 44 casi su 58 trovò globuli rossi nelle orine in quantità

variabile e un numero considerevole di leucociti. I cilindri renali nel sedimento avevano l'aspetto di cilindri misti granulo-epiteliali e ialino-granulosi, più raramente di cilindri ematici. In quattro soldati si verificarono accessi di uremia, e in alcune forme acute fu osservata una retinite emorragica.

Il dato clinico osservato dall'Aberchrombie, cioè la complicanza di un erpete o di una parotite, starebbe, secondo l'A., a prò della natura infettiva. Il decorso mostrò anche nei suoi casi un andamento benigno, con una scomparsa rapida degli edemi e dell'albumina, con una facilità però alle ricadute dietro strapazzi fisici o anomalie alimentari.

Le conclusioni dell'importante lavoro del Langdon Brown riflettono l'ipotesi che più che un virus filtrabile si debba supporre come agente di queste nefriti acute un germe specifico non ancora conosciuto, ma certo diverso da quello pure ignoto della scarlattina.

II. — Sono di speciale interesse sempre su questo argomento i risultati dello studio del Mackenzie Wallis apparso nel *Journal of the Royal Armj Medical Corps*, volume XXVI, Marzo, 1916.

Gli esperimenti furono eseguiti nello stesso Ospedale di S. Bartolomeo a Londra sotto la direzione del L. Brown per conto della Commissione per ricerche Mediche dell'Esercito Inglese. Lo studio sperimentale del Mackenzie riguarda in modo speciale le variazioni dell'attività diastasica dell'orina come indice delle funzioni renali e lo studio delle alterazioni parenchimali del rene. Come indice di tale funzionalità, accanto alla valutazione della attività diastasica e alla natura delle proteine eliminate, egli ha valutato pure il tasso ureico nel sangue circolante e nel liquido cerebro-spinale. Riporterò qui per brevità soltanto le conclusioni dell'importante studio:

1° Le modificazioni chimiche dell'orina riguardanti l'attività diastasica e la presenza di proteine di speciale natura dimostrano trattarsi di una vera nefrite acuta, e il metodo di valutazione della attività diastasica può servire a stabilire la gravità della lesione renale e a svelare un dato prognostico, nel senso che tale difetto di attività osservato nelle orine dei casi gravi attesta la permanenza nel sangue e nel liquido cerebro-spinale di azoto in eccesso.

2° Si deve escludere come possibile origine della malattia la tossiemia intestinale o l'avvelenamento da minerali.

3° Non esistono prove decisive dagli esami batteriologici del sangue e delle orine per ammettere un origine bacterica di queste nefriti.

4° L'orina di questi malati iniettata negli animali di laboratorio estrinseca azione tossica e, benchè l'agente non sia conosciuto, pure si è osservato che nei conigli e nei topi, anche non essendo risultata la trasmissione esatta della malattia, questo stato tossico inizia dopo circa otto giorni dalla iniezione dell'orina, producendo talora la morte dell'animale in decima giornata.

5° Questa azione tossica osservata negli animali dimostra con tutta probabilità la presenza nell'orina dei nefritici di un organismo ultra microscopico.

6° Le alterazioni infiammatorie acute osservate nei reni hanno somiglianza con quelle della nefrite scarlattinosa.

III. — Numerose altre osservazioni sulla nefrite acuta delle truppe belligeranti sono apparse nella Letteratura Estera, e citerò lo studio dello Schneider comparso sul *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1916, I, n. 19, in cui l'A. segnala il numero considerevole di soldati colpiti da nefrite acuta. Pur concedendo importanza di cause predisponenti al *surmenage* fisico, alla speciale alimentazione, al freddo e all'umidità, avrebbe osservato nel 70 % dei suoi casi precedere alla nefrite un breve stato febbrile. Non segnala però a quale entità morbosa si debba ascrivere questo stato febbrile, ed aggiunge che in tutte le prove batteriologiche le orine rimasero sterili.

IV. — Il Zondek nello stesso Giornale, 1916, I, N. 20, a proposito della nefrite emorragica di guerra ha osservato in sei casi una facile ritenzione dell'azoto da parte dei reni malati i quali però eliminano gran quantità di cloruro di sodio, e consiglia perciò la somministrazione di poche quantità di albuminoidi.

V. — L'Ullmann nello stesso Giornale, 1916, II, N. 15, Ottobre, si occupa della nuova forma di nefrite osservata nella guerra attuale, ed è dell'opinione si tratti di una vera e propria infezione del rene che però non ha avuto ancora una dimostrazione certa. Tratta in ispecie del reperto microscopico del sedimento orinario concludendo che le particolarità osservate, unitamente all'andamento clinico, sono proprie anche della nefrite scarlattinosa.

VI. — L'Hirschstein sempre nello stesso Giornale, Ottobre 1916, II, N. 15, in un contributo allo studio delle nefriti delle truppe, pensa che tale affezione sia specialmente frequente negli individui anziani, e dà principalmente all'alimentazione l'importanza di causa predisponente. Questa conterrebbe una proporzione troppo grande di acidi ad effetto irritativo sul rene, e consiglia perciò alcune modificazioni nella razione alimentare.

VII. — Interessante è lo studio di Charles Powell White (*The Lancet*, n. 4837, Maggio 1916) che in quattro casi di nefrite da trincea ha trovato presenza di piombo nelle orine, mentre i saggi di controllo nelle orine nefritiche di malati della popolazione civile non ne mostrarono presenza. Secondo l'A. il piombo verrebbe introdotto nell'organismo coi cibi contenuti o cotti in recipienti stagnati o comunque contenenti piombo. Dalla osservazione dei pochi casi però egli non fà induzioni generiche; solo affaccia l'ipotesi dell'eventuale influenza che può avere sul rene questo metallo.

VIII. — Ma una speciale importanza hanno, a parer mio, gli studii di due Autori Inglesi, il Mac Leod e l'Ameuille che riguardano l'effetto che ha sulla funzione renale la guerra di trincea (*The Lancet*, N. 4854, Settembre 1916). Le conclusioni dello studio clinico e delle ricerche sperimentali di questi due Autori riflettono un altro criterio relativo all'etiologia e alla patogenesi di queste nefriti. Nella ipotesi

che il processo nefritico colpisse principalmente individui che già presentavano una minore resistenza renale dovuta ad affezioni pregresse, e nella supposizione che un'impropria alimentazione e le fatiche eccezionali della vita di guerra rendessero il rene meno resistente, creando un substrato favorevole all'attecchimento di un virus o di un germe specifico, o di germi diversi comunque entrati nell'organismo, essi hanno esaminato le urine di un rilevante numero di soldati francesi ed inglesi tanto prima che fossero sottoposti al disagio della vita di trincea come dopo il loro ritorno dalle prime linee, per scoprire le eventuali lesioni latenti renali. Essi hanno rilevato intanto all'esame sistematico di individui apparentemente normali come nelle truppe francesi molto meno che nelle inglesi si trovano casi di albuminurie latenti.

In un primo esperimento esaminarono le urine di 1861 soldati, 24 ore dopo il loro ritorno della trincea, trovando, in 4 albumina in quantità, in 16 albumina in quantità scarsa, in 10 traccie. In un secondo esperimento, su 2200 soldati inglesi, in parte tornati di recente dalla trincea, molti dei quali dopo oltre un anno di vita di guerra in prima linea, ebbero: in 27 albumina copiosa, in 48 modica quantità, in 30 traccie non dosabili. Nel sedimento anche delle forme leggere trovarono cilindri ialini e rari globuli rossi.

In un terzo esperimento, di 311 soldati inglesi fu raccolta l'orina durante la permanenza in trincea nella stagione più fredda, e in nessun caso fu trovata albumina in quantità notevole, soltanto in 4 modica quantità, in 7 traccie.

Nel quarto esperimento, 2096 soldati inglesi del personale di Sanità, ricoverati in alloggi abbastanza comodi presentarono 9 albumina copiosa, 26 modica proporzione, 26 traccie.

Nel quinto esperimento, 553 reclute Inglesi provenienti da diversi punti dell'Isola, mostrarono: 8 albumina abbondante, 28 modica quantità, 20 traccie.

Molti di questi soldati che mostrarono segni più o meno evidenti di albuminuria furono seguiti con esami dopo settimane e mesi, e in alcuni l'albumina fu trovata scomparsa, in una percentuale scarsa persistente allo stesso grado, in pochi si sviluppò una vera e propria nefrite. Gli AA. riportano delle tabelle nominative esattamente compilate ove è notata l'età degli individui, i risultati degli esami e le malattie pregresse. Dopo aver raggiunto l'esito di altre ricerche sperimentali sulla pressione arteriosa e sulla eliminazione giornaliera di urea e di sali colle orine, essi vengono alle seguenti conclusioni:

1° Che il freddo non ha probabilmente gran valore come causa favorente la comparsa delle nefriti.

2° Che albuminurie transitorie si rinvengono frequenti fra le truppe, specie fra quelle sottoposte a *surmenage* fisico, e queste si possono considerare albuminurie da fatica.

3° Che la dieta si deve considerare sovente la causa delle albuminurie transitorie e delle nefriti lievi, le quali solo in alcune evenienze esplodono in vere nefriti acute.

I loro esperimenti hanno dimostrato che un consumo eccessivo di proteine nell'alimentazione porta ad una irritazione negli organi escretori. Le gengiviti frequenti e certi lievi stati scorbutici, facili ad osservarsi nei soldati, fanno indurre che la razione alimentare priva dei vegetali freschi che sono di uso abituale porti una irritazione delle vie dirigenti ed un eccessivo lavoro degli organi escretori.

La frequenza delle nefriti acute nelle truppe ed in ispecie nei soldati Inglesi è dovuta, secondo i due AA., al fatto che i reni come altri organi del corpo presentano le resistenze diminuite, e dovendo questi organi eseguire un lavoro metabolico eccessivo per la dieta ricca di proteine, sono più esposti a una intossicazione bacterica.

IX. — Un altro studio apparso nel *British Medical Journal* del dicembre 1916, N. 2920, riguarda un microrganismo trovato nel sangue di aucuni malati di nefrite da trincea dal Thornley che lo avrebbe riscontrato in 27 casi. Viene descritto come un diplococco minutissimo, talora isolato, talora a gruppi o a piccole catene, che si è ottenuto seminando il sangue prelevato in quantità notevole da una vena su uno speciale terreno culturale di cui l'Autore dà la descrizione. Tale germe avrebbe speciali caratteri culturali. Un topo inoculato della cultura ammalò dopo 24 ore, e ucciso si ottenne dal cuore e dalla milza il germe in cultura pura. Le reazioni di agglutinazione col siero di malati di febbre melitense e di meningite cerebro-spinale furono negative per questo germe.

X. — Accennerò infine ad una discussione relativa alla nefrite acuta avutasi alla Società Medica di Londra nel novembre scorso, il cui resoconto è pubblicato sul *Lancet*, N. 4864, novembre 1916. In essa il Capitano Langdon Brown riassume i risultati dei suoi studi e le idee già accennate nel lavoro che innanzi ho riportato, ed accenna, senza però riportare nuove statistiche, all'aumento dei casi di nefrite acuta verificatisi nel 1916 in ispecie fra le truppe inglesi.

Il Dunn, prendendo parte a tale discussione, rende conto delle osservazioni compiute in Francia sull'andamento clinico e il reperto anatomico di alcuni casi di nefrite.

Il Jessop riferisce le sue ricerche sull'esame del fondo oculare, l'Adler i risultati dei suoi esperimenti sulla eliminazione renale per mezzo della prova diastasica.

Non ho certo riferito tutti i dati bibliografici relativi a questo importante argomento per la difficoltà di poter avere i giornali Medici, specialmente esteri, quì in zona di guerra, e non ho conoscenza delle ricerche che risultano compiute in Germania e in Austria dalle quali Nazioni non pervengono da tempo giornali di Medicina, ma ho voluto riferire in esteso le importanti osservazioni dei Medici inglesi che di questo studio si sono principalmente occupati, nella speranza che anche da parte nostra ne venga incitamento a una proficua emulazione in questo campo di ricerche.

Dalla breve descrizione clinica che più sopra ho tracciato risulta evidente che la nefrite acuta coi caratteri osservati negli Eserciti inglesi e francesi è apparsa con speciale frequenza anche fra le nostre truppe. — Riferendomi alla zona della nostra fronte che è di mia conoscenza, non avendo avuto, ripeto, la possibilità di portare statistiche esatte nè di eseguire ricerche batteriologiche e quello studio di ambiente che tali forme meritavano, limiterò i miei giudizi e le mie considerazioni ad alcune impressioni dedotte dallo studio clinico della forma nefritica e alle indagini sulle cause predisponenti che ho potuto raccogliere durante la mia permanenza nell'Ospedaletto di prima linea al quale giungevano ammalati in periodo acuto.

Ho già affermato che la mia osservazione, in armonia con quella di quasi tutti gli altri A., ha portato a rilevare che il freddo invernale non ha avuto speciale influenza sulla comparsa delle nefriti che anzi si ebbero frequenti soltanto nella stagione di primavera-estate 1915-916, e che ora al sopravvenire dell'inverno sono nuovamente diminuite.

Alcuni rilievi sull'ambiente, sulla modalità di comparsa di questa affezione e sulla percentuale dei colpiti nei diversi reparti di truppe dislocate in prima linea, non portano ad ammettere, a mio giudizio, un vero carattere epidemico della malattia. Certo le truppe più lungamente esposte ai disagi fisici nelle trincee o nei ricoveri avanzati diedero il maggior numero di malati, ma anche in questi reparti i casi si ebbero saltuariamente, in tempi diversi per una stessa località, o con piccoli nuclei sporadici contemporanei ma in località distinte, essendo colpiti soldati di diverse armi, di artiglieria, di fanteria o dei servizi sussidiari ed anche operai borghesi che il più delle volte non avevano avuto contatti e vivevano in località diverse con mansioni pure profondamente differenti, e che soltanto avevano in comune la qualità e quantità di principii alimentari. Non si vide insomma esplodere la nefrite acuta in un determinato reparto o in una data località colpendo contemporaneamente molti individui di età, condizioni fisiche e condizioni d'ambiente omogenei, e ricorderò inoltre che nella manifestazione clinica iniziale si ebbero differenze, poichè in alcuni soldati vi fu chiara la forma febbrile che dava l'impronta di una malattia infettiva, in altri la febbre non fu presente o fu affatto effimera, pur essendo la lesione renale identica.

I punti fondamentali relativi alla indagine etiologica di questa affezione, si riassumono, a mio avviso, così:

I° — Si tratta di una forma infettiva sostenuta da un microrganismo o da un virus ultramicroscopico comune a tutte le forme?

A tale proposito i risultati del Thornley che ha messo in evidenza uno speciale cocco, non sono ancora probativi e contrastano coi reperti negativi degli altri Autori.

Più seducente invece è l'ipotesi del Mackenzie Wallis basata su esperimenti ancora scarsi sugli animali, che si tratti cioè di un virus filtrabile ultramicroscopico il quale avrebbe dimostrato appunto negli animali da esperimento un periodo di incubazione coincidente, secondo l'A., a quello dell'organismo umano. Tali esperienze che l'A. Inglese si è ripromesso di compiere su più vasta scala potranno dare luce al problema, però già da ora non si mostrano troppo conciliabili coi rilievi di altri Autori, in ispecie con quelli del Mac Leod e Ameuille, ed anche colle mie osservazioni. La mancanza di un vero e proprio carattere epidemico nell'andamento di questa forma morbosa, concetto che sembra pure condiviso da questi due ultimi Autori, e la varietà nel quadro clinico della nefrite contrastano principalmente con questa teoria che viene ad essere pure contrariata da altre considerazioni che più avanti esporrò.

II° — Le latenti minorate resistenze del rene che certo esistevano numerose nei raggruppamenti umani così vasti della guerra moderna, o come consecutive a pregresse affezioni, o risultanti dalla somma di cause diverse accumulantesi nella vita eccezionalmente disagiata della guerra di trincea, poterono a un certo momento, sotto la diuturna influenza di queste cause predisponenti, esplodere in vere e proprie nefriti, oppure vi si aggiunsero altri agenti pure diversi, d'ordine infettivo che per mezzo delle loro tossine o con vere localizzazioni renali determinarono il processo nefritico?

Su questi punti io credo si possano fondare le ipotesi più razionali, e le esperienze interessanti del Mac Leod e del Ameuille vengono ad appoggiarle. Negli esami sistematici compiuti da questi due A. sulle orine di numerosi reparti di truppe, tanto di reclute appena incorporate, o di individui addetti a servizi meno faticosi, come di quelli che erano sottoposti lungamente alla vita di trincea, risultò una percentuale notevole di albuminurie ignorate e di forme lievi di nefriti ambulatorie.

Nelle tabelle che essi riportano hanno con giusto criterio segnato le malattie precedenti

dei singoli individui, specie quelle che facilmente potevano aver portato complicanze renali. Dal loro studio non risulta però ben chiaro, e forse ciò non sarà praticamente attuabile, se la nefrite acuta si sviluppò prevalentemente in quelli che ebbero già qualche risentimento renale, o complicante forme infettive, ad esempio scarlattina, tifo, ecc., o in individui sifilitici, alcoolisti, malarici, comunque in organismi in cui presumibilmente si poteva indurre una latente minorata resistenza del rene. Alcuni dati anamnestici rilevati nei miei casi indurrebbero a confermare questo ultimo concetto che però deve essere accertato con ricerche più numerose e sopratutto comparative.

Oltre alla importanza che si deve attribuire ad una preesistita e latente minor resistenza renale, si devono prendere in considerazione le cause predisponenti che la favoriscono nella guerra odierna. Esse sono molteplici.

La prima intanto, la più incriminata in patologia, il freddo, sembra si debba escludere per consenso di tutti, almeno come fattore preponderante.

Una causa di indole generale stà appunto nello speciale *surmenage* al quale colla guerra moderna viene sottoposto l'organismo. — La vita prolungata in trincea, con esposizione alle intemperie, o in grotte umide e buie talvolta scavate profondamente nel terreno, un riposo scarso, le preoccupazioni morali, ecc., rappresentano un enorme sforzo a cui viene sottoposto l'organismo, che certamente ha influenza sulla resistenza dei singoli organi ed apparati. A chi ha pratica della patologia di guerra è facile osservare come in questi organismi molte delle malattie più comuni decorrano in un modo speciale, talora con sintomi nuovi e con complicanze inattese, rilevandosi in special modo il *deficit* degli organi di difesa. A questa causa se ne deve aggiungere un'altra che, a mio parere, è di capitale importanza, l'alimentazione.

La razione alimentare del soldato va considerata nella qualità e nella quantità degli elementi in rapporto alle abitudini alimentari dei singoli individui, alle loro condizioni sociali e alle regioni d'onde provengono.

Il tipo di razione alimentare del nostro soldato in guerra è certo sufficiente ad un organismo normale per la quantità dei componenti, e nella sua varietà contiene gli elementi necessari ed essenziali per una buona e sana nutrizione. Ma bisogna riconoscere che per imprescindibili necessità la sua composizione è poco variata e non comprende in ispecie sostanze come i vegetali freschi che sono uno dei costituenti abituali più comuni e preponderanti nella alimentazione di molte nostre regioni, vegetali freschi la cui efficacia nell'alimentazione, più che per potere nutritivo, ha valore per la meccanica delle funzioni digestive, nel senso di stimolare le attività secretorie, favorire in giusta distribuzione gli assorbimenti lungo il tubo intestinale e provocare una più facile escrezione.

Il quantitativo di carne e di proteine in genere della razione alimentare nella sua diuturna, omogenea, prolungata somministrazione spesso contraria alle abitudini alimentari e non sussidiata nel processo digestivo da questa azione dei vegetali freschi, rappresenta uno sforzo digestivo che porta a un processo di esagerato metabolismo, nel quale il rene in specie è chiamato ad una funzione eccessiva.

Una prova di questo esagerato lavoro digestivo stà, a parer mio, nei casi abbastanza numerosi di ittero catarrale che nel loro andamento sporadico fra le truppe hanno riprodotto in certo qual modo l'andamento della nefrite. Il decorso di questi itteri completamente apirettico e la guarigione che si ha in pochi giorni dietro somministrazione di una dieta più leggera o di qualche eccitante intestinale dimostra trattarsi di un semplice ingorgo o processo catarrale delle vie biliari legato a *surmenage* digestivo.

Un'altra prova si ha nei casi di gengivite e di stomatite talvolta effimera da cui si sono veduti affetti molti soldati, forme che sono state notate pure negli eserciti Inglesi.

E forse nell'alimentazione si deve ricercare la causa predisponente precipua di una forma morbosa che noi abbiamo osservato nel 1916 nelle truppe, coi caratteri di una diatesi emorragica a manifestazioni scorbutiformi, diatesi emorragica che si complicò talvolta a nefrite acuta emorragica coll'andamento e i caratteri sopradescritti. Di questa forma morbosa importante avrò campo di occuparmi in un mio prossimo lavoro.

In tema d'alimentazione, e per quanto riguarda la qualità delle sostanze componenti la razione del soldato in guerra, non saprei escludere anche l'influenza che può avere la carne conservata e principalmente la carne in iscatole. Così pure si deve prendere in considerazione una eventuale influenza delle acque potabili, specialmente sorgive in località d'alta montagna. In qual modo si possa esplicare tale influenza non lo potrei affermare, perchè le acque furono sovente esaminate e trovate

immuni da inquinamenti di sostanze chimiche e di bacteri, ma però è palese il fatto che persone o reparti arrivati nuovi in zone montuose ebbero sul principio disturbi gastro-intestinali, specie diarrea, in rapporto sicuramente all'acqua potabile, fatto questo già noto agli alpinisti che praticano queste regioni montuose. Non mi par quindi illogico supporre che una eventuale influenza possa avere anche l'acqua sull'apparato renale.

Un'altra causa che in via di ipotesi si può affacciare come contribuente a minorare la resistenza generale dell'organismo e in particolar modo degli organi escretori renali può essere la vaccinazione, e già questa ipotesi risulta ventilata e discussa al Congresso di Vienna nel 1915. Le nostre truppe come tutte quelle degli Eserciti belligeranti furono sottoposte a ripetute vaccinazioni antitifiche e anticoleriche, con reazione febbrili e generali spesso non del tutto lievi. Alcune constatazioni da me fatte in pochi casi mi hanno dato la prova che pure non essendo tale influenza decisa e preponderante non è però trascurabile, ed ho osservato qualche malato in cui indubbiamente l'esplosione della nefrite acuta coincise colla reazione del vaccino. È questa ancora una questione che ulteriori indagini potranno dilucidare.

Riassumendo il suesposto, io credo che tutti questi fattori abbiano il loro valore di cause predisponenti, o agendo singolarmente in maggiore o minore grado, o sommando contemporaneamente la loro azione. Una alimentazione ricca di carne e di proteine in genere, non conforme alle abitudini alimentari e priva degli abituali alimenti che favoriscono una attiva digestione, somministrata lungo tempo ad individui sottoposti a un eccezionale sforzo dell'organismo nella vita di trincea, in condizioni di clima e di ambiente eccezionalmente disagevole, rappresentano tante cause che nell'esagerato lavoro di metabolismo si suppone abbiano concorso a minorare le resistenze dell'organismo il quale forse dalle ripetute vaccinazioni trovò un altro elemento perturbatore. Queste cause ebbero più effetto sui reni, cioè sugli organi più attivamente chiamati a questo esagerato lavoro metabolico, effetti che si esplicarono più facilmente negli individui che già per affezioni pregresse, primitive o secondarie, o in soggetti alcoolisti, sifilitici, malarici, ecc., presentavano una latente minorata resistenza di questi organi.

L'altro lato della questione e non di minore importanza è questo:

Si tratta di nefriti tossiche prodotte da questo anomalo ed esagerato metabolismo conseguente alle diverse cause su accennate, o tali cause prepararono soltanto il terreno all'azione di germi infettivi comunque presenti nell'organismo? — E l'eventuale azione di questi germi si esplicò direttamente con localizzazioni batteriche nei reni, o bastò l'azione delle loro tossine versate in circolo da focolai bacterici sviluppati in qualche organo o apparato?

Su questi punti che meritano a mio giudizio la maggiore considerazione e che potranno essere chiariti da statistiche esatte, da indagini cliniche e bacteriologiche accurate, esporrò subito il mio parere dedotto da osservazioni purtroppo scarse ed incomplete.

Ho parlato di germi perchè, in aggiunta alle ragioni suesposte che contrastano alla ipotesi di un germe o di un virus unico agente comune a tutte le forme, io credo che in molte tra le più variate affezioni, specialmente in quelle che compaiono in piccoli focolai endemici o epidemici nei grandi aggruppamenti umani, in rapporto a condizioni climateriche, e dovute spesso alla esaltata virulenza di germi che sono abituali ospiti del nostro organismo, si possa avere, sotto le speciali condizioni ricordate, l'esplosione di una nefrite acuta che nel suo quadro sintomatologico prende il sopravvento. Così le affezioni delle prime vie respiratorie, corizze, laringiti, tonsilliti, bronchiti, o forme influenzali e stati febbrili fugaci che vanno in genere sotto il nome di forme reumatiche, ed altre forme infettive ad agente ignoto che sono di abituale comparsa nel passaggio delle stagioni anche nella vita normale, rappresentano altrettanti agenti capaci di mettere in evidenza ed aggravare improvvisamente il latente disagio renale. Le osservazioni sopra ricordate dello Schneider che ha visto nel 70 per % dei suoi casi precedere alla nefrite un breve stato febbrile, potrebbero rappresentare una conferma di tale concetto, mentre invece la supposizione di alcuni A. francesi che la nefrite sia consecutiva ad una speciale infezione scarlattinosa senza esantema, appare molto strana, perchè nei numerosi casi osservati si sarebbe dovuto almeno segnalare il quadro sintomatologico di tale affezione che precedeva il processo renale. Le mie induzioni portano quindi a supporre che la nefrite acuta con quadro clinico abbastanza omogeneo, verificatasi numerosa fra le truppe, sia secondaria ad agenti patogeni molteplici di entità morbose differenti che per le loro lievi o fugaci manifestazioni sono spesso sfuggite alla osservazione o passate in seconda linea in presenza della sindrome nefritica.

Un ultimo punto è ancora da dilucidare, se cioè i prodotti tossici di questi germi, o vere localizzazioni bacteriche renali siano state la causa dell'esplodere delle nefriti, sebbene già l'osservazione dell'andamento benigno e della breve durata porti piuttosto ad ammettere una semplice influenza tossica.

Questi concetti hanno trovato una conferma indiretta in molte mie osservazioni.

Il fatto che le nefriti acute non si ebbero nel 1915 può essere spiegato dalla giusta supposizione che allora gli organismi nuovi a questi disagi fisici, alimentari, ecc., non avevano ancora segnato il *deficit* di resistenza, mentre l'altro fatto che ora le nefriti acute sono notevolmente diminuite ha un duplice significato, che cioè le accennate affezioni morbose comparenti in rapporto a speciali condizioni climatiche sono ora scomparse col sopravvenire dell'inverno, quando gli organismi meno resistenti furono già eliminati sotto quelle peculiari condizioni. Ma altre constatazioni contribuirono ancora a dar valore a queste ipotesi. La nefrite acuta coll'andamento clinico descritto fu molte volte una complicanza di forme morbose ben definite. Così nella primavera-estate l'ho veduta associarsi spesso alla eresipela facciale, affezione questa che apparve eccezionalmente frequente in tale epoca fra le truppe avanzate e trovò forse il movente occasionale nel clima di montagna e nel riflesso delle nevi. Ho già accennato parlando della forma clinica che in alcuni casi fu accertato precedere una tonsillite e spesso delle laringiti e laringo tracheiti che comparvero in piccoli focolai endemici, giudicate da alcuni specialisti di natura streptococcica, e che in molti nefritici era di comune rilievo una bronchite che preesisteva e permaneva anche dopo il miglioramento del processo renale.

È di constatazione frequente ora una nefrite acuta, spesso emorragica, come facile e precipua complicanza di numerose bronco-polmoniti apparse nell'attuale stagione fredda.

È vero che nonostante, in molti casi l'indagine anamnestica e i dati obiettivi esclusero qualunque forma morbosa pregressa, e si ebbe l'impressione di un quadro di nefrite acuta primitiva, ma oggi, relativamente alle mie stesse osservazioni d'allora, io dubito che non fosse sufficientemente accurata l'indagine che ulteriori rilievi, guidati in ispecie dalla conoscenza degli studi di altri osservatori, hanno reso più diligente ed esatta.

I problemi adunque che si prospettano allo studio della nefrite acuta apparsa con speciale frequenza fra le truppe operanti sono molteplici e complessi, ma ho voluto esporre le mie opinioni dedotte da ancora scarse osservazioni, perchè credo che l'indirizzo su cui dovranno essere basate le ulteriori indagini debba essere impostato sui concetti che ho brevemente tracciato.

Febbraio 1917.

Istituto di Patologia speciale medica dimostrativa
della R. Università di Modena.
Direttore prof. L. VANNI.

Della nefrite nei combattenti.

Prof. Dott. T. SILVESTRI, aiuto.

I medici di tutte le nazioni belligeranti hanno constatato, e pare con vera sorpresa, la grande frequenza delle affezioni renali nei militari alla fronte e il progressivo aumento delle medesime.

Da lavori originali, non molti invero, e da poche recensioni al riguardo, risulterebbe come la nefrite su molte fronti siasi rivelata sotto forma acuta epidemica, donde le denominazioni di nefrite acuta epidemica, di albuminuria epidemica, di nefrite di trincea, denominazioni queste improprie, perchè la malattia ha colto anche soldati che non erano mai stati in trincea.

Tale nefrite è stata fatta oggetto di studio sia sotto il punto di vista etiogenico che anatomo-clinico, e da qualcuno si è tentato di farne una vera entità clinica a parte.

Scopo di questa mia nota è di vedere se ciò è giustificato, e se piuttosto che parlare di nefrite degli eserciti in campagna, in guerra, come cosa a sè, non sia più in armonia coi fatti parlare di una diffusione a forma epidemica della nefrite nelle truppe combattenti.

Il materiale di mia osservazione è abbastanza abbondante per permettermi di venire a qualche conclusione: da 14 mesi dirigo un turno nell'Ospedale di Riserva di S. Paolo, al quale lo scarico dei malati dalla fronte, e ora dalle retrovie, è incessante, e lo sgombro continuo, di modo che in media il movimento dei miei malati non è inferiore a 250-300 al mese.

Anch'io ho potuto assistere al continuo aumento dei nefritici, così che in questi ultimi tempi dessi rappresentano circa 4-6% dei malati.

Con tutto ciò non credo si debba andare alla ricerca affannosa di qualche elemento etiologico nuovo onde spiegare la genesi del fenomeno; le nozioni etiologiche che possediamo riguardo la nefrite lo giustificano a iosa.

È noto come, specie da medici inglesi, siano state fatte ricerche sulle urine, sul sangue, sulla gola con esito presso che negativo.

Mackenzie Wallis in base a qualche ricerca fatta in conigli con urine passate al filtro, ha ventilata la tesi di una probabile genesi di tale nefrite da un virus ultramicroscopico, ipotesi alla quale sarebbe favorevole la grande frequenza colla quale avrebbe riscontrata positiva la R. W. (32,1 %), frequenza che escluderebbe senz'altro, dice, la possibilità della natura sifilitica della malattia.

Altri hanno voluto vedere in questa nefrite acuta una forma infettiva a decorso rapido, ciclico, di probabile natura tifica o paratifica (Gaud e Mauriac).

Ad una infezione da coli sottoscrivono Kleyn, Pulay e Mac Walter, sebbene i loro risultati siano tutt'altro che favorevoli, probativi, al riguardo, per la bassa percentuale dei risultati batteriologici positivi.

Vi ha poi chi pensa ad una scarlattina senza esantema, al cui attivo militerebbe forse la grande frequenza della R. W., se il fatto sarà confermato, e niente più: non mancano poi i fautori di una teoria puramente alimentare, i quali considerano la nefrite nei combattenti, almeno per le fronti germaniche, come una *avitaminosi.*

Senza punto perdermi in sterili ed oziose discussioni, credo meglio rispondente allo scopo prendere in esame i momenti sfavorevoli cui sono continuamente esposte le truppe alla fronte.

Dessi sono:

a) il freddo, ma specie

b) il freddo umido, avvalorato nella sua azione deleteria da alternative di temperature alte e medie colle basse, dall'esposizione del corpo soprariscaldato per marce, alla pioggia continua, alla neve, alla permanenza nell'acqua fino ai ginocchi, ecc.;

c) l'alimentazione incongrua per qualità, quantità, ed irregolare in rapporto al momento di somministrazione;

d) l'uso piuttosto largo di stimolanti, di alcoolici;

e) *surmenage* morale, ma specie fisico, incessante, o per lo meno non intramezzato da pause riparatrici;

f) le pessime condizioni igieniche, specie della pelle, per cui la grande maggioranza dei soldati arriva dalla fronte in condizioni tali da non differire gran che da animali inverniciati;

g) tossinfezioni svariate (diarrea, paratifo, dissenterie pregresse).

Questi fattori sono più che sufficienti a spiegare la grande frequenza della nefrite nei combattenti, ed il suo presentarsi quasi in maniera epidemica, data la persistenza delle cause che finiscono col diminuire la resistenza organica e dei reni *in ispecie* anche su chi non ha grande predisposizione.

Che in queste condizioni di inferiorità generale e locale sia possibile lo stabilirsi di una vera e propria nefrite batterica, non si può negare: però il fatto non deve esser troppo frequente, data la scarsezza dei risultati delle ricerche batteriologiche sulle urine, il decorso in genere rapido, benigno, il miglioramento pronto, progressivo dell'affezione non appena i malati vengon sottratti all'ambiente.

Ma vi ha di più. Anche nei casi di ricerche batteriologiche, culturali, biologiche, positive riguardo ai microrganismi delle infezioni più comuni alla fronte, capaci di dare nefrite sia per tossinfezione che, più raramente, per localizzazione nel rene, primitiva o secondaria (tifo, paratifo, microrganismi della dissenteria, ecc.) non ci autorizzano senz'altro a concludere in favore della specificità etiologica dei medesimi nei singoli casi.

Tutti infatti sono stati vaccinati contro il tifo, il colera, tutti più o meno hanno o hanno avuta diarrea, dissenteria, forme paratifiche, ecc. più o meno gravi, non di rado ambulatorie, quindi facile la presenza di germi in circolo, nelle urine, facili le reazioni di agglutinazioni, di deviamento del complemento di fronte ai microrganismi in parola.

Pronto sempre a ricredermi davanti all'evidenza dei fatti, non mi pare finora giustificato il concetto di una etiologia speciale, *sui generis*, della nefrite nei combattenti.

Anatomia patologica. — Nella necroscopia fatta da Andews, da quanto rilevo nella Rivista del prof. Gabbi, si aveva a fare con una *nefrite* acuta diffusa, prevalentemente però vascolare. Le lesioni corrispondevano complessivamente alla glomerulo-nefrite scarlattinosa, alla nefrite acuta reumatica o che ancora va sotto questo nome.

Nel caso di Schlesniger ed Albu, in cui la malattia datava da mesi, si ebbe il reperto del grosso rene bianco con ipertrofia spiccata del cuore, specie sinistro, appunto come si riscontra anche nella nefrite protratta a frigore.

Sintomatologia. — Per alcuni la sintomatologia ha tratti essenziali comuni, che permettono di raggrupparli sotto un quadro clinico particolare.

Per vedere se o meno sia giustificato tale concetto, prendiamo molto brevemente in considerazione la semiologia della nefrite nei com-

battenti, quale risulta dai lavori sull'argomento, e dai dati di mia osservazione.

Solo eccezionalmente la nefrite fu scoperta a caso in malati inviati all'ospedale per altre ragioni.

Anche a me è capitato nelle due ultime venute di trovare la nefrite in due soldati, che erano stati internati negli ospedali con diagnosi di febbre reumatica, di influenza.

Di regola la malattia si inizia bruscamente con senso di stanchezza, cefalea più o meno duratura, dolori ai lombi, agli arti inferiori.

Le nausee, i vomiti, i fatti bronchiali, i disturbi nell'urinare (tenesmo, disuria) anche per mia esperienza sono eventualità piuttosto rare, poco intense, effimere.

Febbre di regola solo nel periodo iniziale, di breve durata (5-6 giorni), lieve: eccezionalmente vengono registrate temperature oscillanti da 39.5° a 40° per 24-48 ore. Io pure ho osservato il fatto in due casi di nefrite emorragica.

Edema. — Diffuso, spiccato, spiccatissimo anzi, alla faccia, agli arti, allo scroto; l'anasarca è quasi la regola.

Versamenti cavitari furono osservati in casi gravissimi.

Gli edemi di norma si mantengono quasi fino all'esaurimento del processo, e qualche rarissima volta anche dopo la scomparsa di ogni sindrome urinaria persistono in modicissimo grado a testimoniare il processo che fu (una osservazione personale).

Oliguria. — Solo eccezionalmente spiccata; di regola fa presto posto ad una quantità di urine normali non che a poliuria. L'urina spesso è limpida, chiara; di rado ematuria, eccezionalmente emoglobinuria.

L'albumina non corrisponde affatto alle quantità registrate nella forma di nefrite acuta detta epidemica: da un *minimum* di 0,75‰ arriva spesso e volentieri al 2-5-15‰ e più.

Esame del sedimento. — Oltre a numerosissimi leucociti, ad eritrociti in discreta quantità anche nei casi in cui la nefrite non presenta i caratteri nettamente emorragici, si trovano cilindri ialini, prevalentemente, ialino-granulosi, epiteliali, sanguigni, epiteli renali, gocce di grasso, cristalli di acido urico e di ossalato di calce. Permeabilità renale poco o punto compromessa anche nei primi giorni colle prove più comuni (ricerche personali).

Di regola mancano disturbi a carico del sistema nervoso, degli organi di senso specifico, dell'apparato respiratorio e digerente. Gli ammalati hanno piuttosto fame e si rassegnano a malincuore alla dieta lattea.

Solo eccezionalmente rumore di galoppo; sindrome cardio-vascolare non molto frequente, in ogni caso poco spiccata.

Niente degnò di nota circa l'apparato emo e linfopoietico all'infuori di qualche rarissimo e poco spiccato ingrossamento della milza, di cui non è sempre facile cogliere il significato.

Quando si analizzano spassionatamente questi dati di semiologia a nessuno può venire in mente di vedere nella nefrite dei combattenti un tipo morboso *sui generis*, avente note, tratti speciali: la sindrome corrisponde a quella della nefrite acuta in cui l'elemento freddo umido, è *magna, maxima pars*.

Non credo che come peculiarità della forma debba riguardarsi la proporzione non di rado stridente tra l'imponenza degli edemi e la lieve entità del reperto urinario, fra l'imponenza di questa e le buone condizioni generali: la mancanza di rapporto fra questi diversi elementi è stato da tempo notato nella nefrite in genere, nella acuta in ispecie.

Complicazioni. — L'uremia acuta è stata notata nel 6-7%, cifra che corrisponde press'a poco ai dati di nostra osservazione. Solo in un caso, che fu poi ricoverato in Clinica Medica, assistemmo ad una sindrome uremica imponente.

Delle possibili ma eccezionali complicazioni (emorragie retiniche, retinite, parotite bilaterale, herpes, stato maniaco) verificate nei nefritici in parola, nessun caso.

Decorso. — La malattia ha decorso benigno: in ciò l'accordo è unanime: per parte nostra non avemmo a deplorare nessuna perdita: in tutte la guarigione è stata la regola.

La durata di regola non oltrepassa 15-20 giorni (70% circa).

Dalle memorie dei tedeschi risulterebbe che nei loro combattenti le forme acute protratte sono abbastanza frequenti.

Noi pure abbiamo avuto un caso in cui la malattia è durata 7 mesi; in due altri l'albuminuria dapprima continua (1-2‰) poi intermittente ha resistito per parecchie settimane; in otto la durata della malattia è stata da 27 a 38 giorni.

Anche sotto questo punto di vista la nefrite dei combattenti non presenta niente di speciale: già da tempo è assodato che le nefriti acute possono percorrere il loro ciclo e guarire in 15-20 giorni.

Tuttavia la rapidità e benignità di decorso della nefrite nella grande maggioranza dei combattenti potrebbe *a priori* esser causa di sorpresa; ma a darcene facilmente conto basta pensare all'insorgenza acuta della medesima colle note classiche, per cui il malato viene immediatamente allontanato e sottratto ai fat-

tori causali, alla cui uniformità si può riportare la grandissima uniformità della sindrome e del decorso.

L'andamento e l'esito poi della grandissima maggioranza delle nefriti dei combattenti sono favorevoli al concetto che si tratti anatomicamente di una forma diffusa sì, ma superficiale, senza fatti degenerativi spiccati degli elementi staminali, donde facile e pronta *restitutio ad integrum;* militano invece contro la tesi di un ittore predisponente molto grave, e di una genesi infettiva almeno a virus noto.

Terapia. — In nulla differisce dalla usuale, e non è punto vero, come taluni han voluto, che dieteticamente si possa essere un po' più corrivi.

Modena, 30 dicembre 1916.

NOTE DI TECNICA.

Dosamento approssimativo dell'albumina nelle urine.

Dott. ARGEO ANGIOLANI
Assistente nell'Istituto di chimica farmaceutica e tossicologica della R. Università di Torino.

PRINCIPIO DEL METODO. — Si basa sulla proprietà che ha il permanganato potassico ($K\ Mu\ O_4$) in soluzione acida di ossidare l'albumina.

Il permanganato cede ossigeno secondo lo schema:

$$2KMu\,O_4 \longrightarrow K_2O + 2Mu\,O + 5O$$

L'ossigeno svolto disgrega più o meno profondamente la molecola dell'albumina, a seconda della qualità e della quantità di questa, e a seconda delle condizioni fisiche nelle quali si fa avvenire la reazione.

La scomposizione del permanganato avviene finchè è presente la sostanza capace di venir ridotta, e cessa quando questa è stata ossidata, o è stata trasformata in maniera di non essere più suscettibile di ulteriore decomposizione. Il fenomeno si avverte per la scomparsa del colore del liquido, che diventa completamente incoloro.

Dalla quantità di permanganato scomposto, si può risalire alla quantità di albumina ossidata; ma il dato che si ottiene non è che approssimativo, poichè, anche ponendosi sempre nelle medesime condizioni di esperienza, può l'ossidazione non avvenire sempre fino al medesimo punto, dipendendo essa anche dalla quantità e qualità dell'albumina presente.

Io ho sottoposto varie soluzioni di sostanze albuminoidi di titolo conosciuto presenti fino al 20‰, a ripetute ossidazioni con permanganato, ed ho ottenuto dei dati che mi hanno servito alla elaborzione del presente metodo.

Fino ad una quantità di albumina inferiore a 10 mgr., il permanganato che occorre non è proporzionale alla quantità di albumina; ma a cominciare da 10 mgr. questa proporzionalità esiste.

ESECUZIONE. — a) *Preparazioni.*

Si prepara accuratamente una soluzione di permanganato potassico, pesando con esattezza 4 gr. di questo sale ben secco, e disciogliendolo in 500-600 cc. di acqua distillata; poi sempre con acqua distillata si porta a 1000 cc. in un pallone tarato da 1 litro. La soluzione risulta al 4‰.

Si prepara poi con la stessa accuratezza, una soluzione di acido ossalico all'8‰. Perciò si disciolgono in 800-900 cc. di acqua distillata, gr. 8, esattamente pesati, di acido ossalico,- scaldando leggermente, ed agitando, (non usare acqua comune perchè altrimenti si forma un precipitato dovuto all'ossalato di calcio insolubile). A dissoluzione completa, si aggiunge, in un pallone tarato da 1 litro, tanta acqua distillata da portare a 1000 cc.

1 cc. di questa soluzione corrisponde ad 1 cc. della soluzione di permanganato.

b) *Attuazione.*

Si eseguisce anzitutto un saggio preliminare per stabilire la quantità di urina che si dovrà usare per il dosamento, filtrandone pochi cc. in una provetta, acidificando leggermente, con acido acetico diluito, e facendo bollire.

Si possono dare tre casi:

1° Formazione di opalescenza senza precipitazione di fiocchetti di coagulo.

2° Formazione di intensa opalescenza con precipitazione di fiocchetti dopo qualche minuto.

3° Formazione subitanea di fiocchetti di coagulo.

Per il dosamento occorre operare:

Nel 1° caso su 100 cc. di urina filtrata.

Nel 2° caso su 50 cc. di urina filtrata.

Nel 3° caso su 20 cc. ovvero su 10 cc. di urina filtrata (1).

Si trattano poi gli *N* cc. di urina occorrenti

(1) Può avvenire che un'urina saggiata come è stato indicato, dia luogo soltanto ad opalescenza, mentre invece contiene fino al 5-6 ‰ di albumina. Il fatto viene messo bene in evidenza da un precipitato abbondantissimo che si ottiene con l'acido tricloroacetico; e l'urina deve essere allora considerata come appartenente al III caso.

con circa 1 gr. di acido tricloracetico (è solido, cristallizzato, incoloro, molto solubile nell'acqua), e si riscalda lentamente sino all'ebollizione.

L'albumina incomincia già a precipitare a freddo e la precipitazione è finita quando il liquido giunge all'ebollizione.

Si toglie il riscaldamento, e si lascia a sè per 10-15 minuti; poi si filtra su un piccolo filtro di buona carta per filtrare. Il precipitato raccolto si lava con poca acqua, indi con l'aiuto di una spatola e di una spruzzetta, ad acqua, lo si versa in un bicchiere resistente al fuoco, di 200 cc. di capacità. Vi si aggiungono 50 cc. della soluzione di permanganato, e circa 1 cc. di acido solforico concentrato, poi si porta all'ebollizione.

Dopo poco che si è iniziata l'ebollizione, si porta il bicchiere sotto il rubinetto di una buretta graduata dove si sarà messa la soluzione di acido ossalico, e vi si lasciano discendere tanti cc. fino a che non sia scomparsa nel bicchiere ogni traccia di precipitato.

Sarà bene, quando la eliminazione del precipitato è vicina ad essere un fatto compiuto, (cosa molto facile a riconoscersi per la scomparsa della continuità dell'opacamento), di riscaldare di nuovo fino all'ebollizione.

Siano V i cc. di soluzione ossalica occorsi.

c) *Calcolo dei risultati.*

A V cc. di soluzione di permanganato corrispondono V cc. di soluzione di acido ossalico; quindi la quantità di permanganato che ha servito ad ossidare l'albumina contenuta in N cc. di urina sarà data da 50-V; e quella richiesta da 1 cc. soltanto, sarà data da $\frac{50-V}{N}$

Per 1000 cc. si avrà: $\frac{50-V}{N} \times 1000$.

Siccome 1 cc. di soluzione di permanganato equivale, tenuto conto del coefficiente di errore dovuto al procedimento, a gr. 0,001 di albumina, l'albumina di 1 litro verrà data dalla formula:

$$A\,^0/_{00} = \frac{50-V}{N}$$

Esempio. Un'urina appartenenle al II caso ha richiesto 29 cc. di soluz. ossalica (in questo caso $N = 50$); perciò: $A\,^0/_{00} = \frac{50-29}{50} = 0{,}42$.

L'annessa tabella dà i valori di A nei singoli casi per ogni corrispondente valore di V.

CRITICA E CONFRONTI. — Il metodo è approssimativo, ma razionale, di costante uniformità nei risultati, e di rapida attuazione (richiede complessivamente circa un'ora di tempo).

(14)

I risultati sono sufficientemente esatti, e confrontati con quelli che si ottengono col metodo della provetta graduata di Esbach (mi riferisco al metodo di Esbach perchè è uno dei più usati), si nota che essi risultano di una esattezza superiore; ciò che si comprende a priori essendo quello un metodo empirico, e in cui maggiori sono le cause di errore che vi hanno influenza. Infatti è stato dimostrato che per effetto della temperatura e di altri composti che possono essere contenuti nell'urina, il volume apparente del coagulo può essere sino al 6 % superiore di quello reale (Gargàno).

Riporto alcuni risultati da me ottenuti:

Caso	Albumina $^0/_{00}$ Con l'Esbach	Col mio metodo
—	—	—
III	1	0,90
III	1 1/3 circa	1,20
II	1/2 circa	0,50
I	inferiore a 1/2; circa 1/3	0,18
III	4 1/2 circa	4

Valori di V	Albumina $^0/_{00}$ $N = 100$	$N = 50$	$N = 20$	$N = 10$
1 cc.	0.49	0.98	2.45	4.90
2 »	0.48	0.96	2.40	4.80
3 »	0.47	0.94	2.35	4.70
4 »	0.46	0.92	2.30	4.60
5 »	0.45	0.90	2.25	4.50
6 »	0.44	0.88	2.20	4.40
7 »	0.43	0.86	2.15	4.30
8 »	0.42	0.84	2.10	4.20
9 »	0.41	0.82	2.05	4.10
10 »	0.40	0.80	2.—	4.—
11 »	0.39	0.78	1.95	3.90
12 »	0 38	0.76	1.90	3.80
13 »	0.37	0.74	1.85	3.70
14 »	0.36	0.72	1.80	3.60
15 »	0.35	0.70	1.75	3 50
16 »	0.34	0.68	1.70	3.40
17 »	0.33	0.66	1.65	3.30
18 »	0.32	0.64	1.60	3.20
19 »	0.31	0.62	1.55	3.10
20 »	0.30	0.60	1.50	3.—
21 »	0.29	0.58	1.45	2.90
22 »	0.28	0.56	1.40	2.80
23 »	0.27	0.54	1.35	2.70
24 »	0.26	0.52	1.30	2.60

Valeri di V	Albumina ‰			
	N = 100	N = 50	N = 20	N = 10
25 »	0.25	0.50	1.25	2.50
26 »	0.24	0.48	1.20	2.40
27 »	0.23	0.46	1.15	2.30
28 »	0.22	0.44	1.10	2.20
29 »	0.21	0.42	1.05	2.10
30 »	0.20	0.40	1.—	2.—
31 »	0.19	0.38	0.95	1.90
32 »	0.18	0.36	0.90	1.80
33 »	0.17	0.34	0.85	1.70
34 »	0.16	0.32	0.80	1.60
35 »	0.15	0.30	0.75	1.50
36 »	0.14	0.28	0.70	1.40
37 »	0.13	0.26	0.65	1.30
38 »	0.12	0.24	0.60	1.20
39 »	0.11	0.22	0.55	1.10
40 »	0.10	0.20	0.50	1.—

Ancona, marzo 1917.

NOTE E COMMENTI.

Sui servizi sanitari campali.

Riceviamo e pubblichiamo:

Caro Direttore,

Mi scusi se aggiungo poche parole in continuazione del mio articolo « Ancora per un migliore ordinamento del servizio chirurgico al fronte », pubblicato nel fasc. 29.

L'argomento è così importante, che, dappoichè questa volta ho avuto la fortuna che su di esso non sia seguito il silenzio, ma anche nella stampa politica siano state ricordate ed approvate le mie proposte, mi pare sia bene ne approfitti per cercare di affrettare, se possibile, la risoluzione pratica di esse.

L'assentimento più completo mi è venuto specialmente dai medici militari in zona di guerra, ed ho con grande soddisfazione ricevuto lettere e cartoline da vari colleghi, alcuni dei quali non ho neppure l'onore di conoscere personalmente, che si dichiarano pienamente consenzienti nelle mie idee.

Anche nel fasc. 30, e quindi indipendentemente dal mio articolo che certo non conosceva, il cap. med. Bartolone ha sostenuto proposte molto simili.

Nell'ultimo fascicolo poi il magg. med. Mendes ricorda il suo articolo del gennaio scorso, ed ha perfettamente ragione. Io lessi allora il suo articolo; se ho scritto il mio sotto l'impressione recente di quanto ho veduto nelle ultime azioni sul medio Isonzo, vi erano già altre impressioni precedenti accumulate nella mia mente, e penso che come reminiscenza almeno, vi fossero pure le idee sostenute dal Mendes.

L'adesione di un ufficiale medico effettivo del suo valore e con larga esperienza in zona di guerra, ha grande importanza, e altrettanto grato sono della sua al magg. med. Paolini, che fa parte della Direzione di sanità di una delle nostre Armate, e che nella sua lettera mi ricorda anche una circolare recente del gen. Bonomo sul servizio chirurgico specializzato.

Questo consentimento così largo e anche da parte di ufficiali medici effettivi e con uffici direttivi, mi fa formulare la speranza che voglio ritenere fondata, che vengano senza ritardo prese in proposito le disposizioni che si riterranno più opportune per il maggior vantaggio dei nostri feriti e per l'onore della medicina militare italiana. Di ciò mi affida soprattutto l'esperienza organizzatrice e il valore chirurgico del gen. Bonomo, che ha sempre sostenuto — e a Bologna col plauso di tutti i chirurgi italiani — le idee più larghe e moderne in fatto di servizi sanitari di guerra.

ROBERTO ALESSANDRI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

SESTA SEDUTA — 5 marzo: ore 15.

Comunicazioni sulle ferite con lesioni della faccia e dei mascellari.

Cura delle ferite di guerra delle ossa mascellari.

CAVINA CESARE (Bologna). — Le fratture della mandibola e del mascellare superiore prodotte dai proietti delle moderne armi da fuoco sono sempre gravi: lo scheggiamento vasto e minuto delle ossa e la perdita di sostanza sono caratteristiche delle ferite di guerra di queste ossa.

Le fratture di guerra delle ossa mascellari si accompagnano poi nella grandissima maggioranza dei casi a lesioni più o meno estese e profonde degli organi vicini e delle parti molli che le rivestono: lesioni tutte che aggravano, prolungano, complicano il decorso di quelle. S'aggiunga che tali fratture sono quasi sempre aperte e in comunicazione con la cavità orale, per cui il focolaio di frattura è facilmente soggetto all'infezione, la quale si mantiene finchè non cessa questa comunicazione.

Il trattamento ortopedico delle fratture dei mascellari deve essere iniziato subito dopo la ferita, perchè quanto più questa è precoce, tanto migliori sono i risultati che si ottengono. Con tutto ciò l'O. afferma l'impossibilità di soccorrere il ferito in trincea, come si vorrebbe da taluni, con irrigazioni, applicazioni di apparecchi d'urgenza, legature interdentarie, ecc., perchè i luoghi esposti, angusti e privi di ogni mezzo che servono da posto di medicazione sulla linea del fuoco, l'affluire durante le azioni di centinaia di feriti, non permettono quelle manovre lunghe e pazienti, le quali appunto si richiedono per applicare un apparecchio o per compiere una toilette, sia pure sommaria, della cavità orale. Per modo che i primi soccorsi debbono limitarsi, per forza di cose, ad una semplice medicazione ed allo sgombero rapido dei feriti sulle Sezioni di Sanità e sugli ospedaletti avanzati, affinchè si possa intervenire prontamente con una tracheotomia e con l'allacciatura ogni qualvolta se ne presenti l'indicazione.

Il trattamento metodico delle lesioni dello scheletro boccale richiede mezzi affatto speciali e perciò può compiersi solo in reparti ospitalieri all'uopo specializzati.

Esso comprende:

1° un trattamento preparatorio della ferita;

2° la cura della frattura;

3° la riparazione chirurgica o protesica delle pseudoartrosi e delle mutilazioni residue.

1. *Trattamento preparatorio.* — Il lavaggio abbondante della cavità orale, la rimozione delle scheggie ossee completamente libere, dei frammenti di denti e dei corpi estranei (proietti, detriti di vestiario, ecc.), lo sbrigliamento ampio di tutte le anfrattuosità, la regolarizzazione delle superfici molli e cadute in sfacelo, in una parola una accurata toilette della ferita e della bocca costituiscono la fase iniziale della cura dei feriti alle mascelle.

Quanto alle lesioni delle parti molli che, più o meno gravi, accompagnano quasi sempre le fratture dei mascellari, l'O. ritiene che la sutura di esse debba praticarsi soltanto nelle fratture semplici e nei casi in cui una pronta riduzione e la rapida applicazione di un apparecchio di contenzione abbiano bene assicurata l'immobilità dei frammenti; e che il più delle volte sia preferibile invece attendere che la suppurazione sia cessata e che i margini della ferita siano ricoperti da buone granulazioni e poi suturare ovvero lasciare che la ferita si chiuda da sè, e soltanto a notevole distanza di tempo dalla guarigione perfetta provvedere alla cosmesi con operazioni di plastica.

La radiografia e la presa delle impronte delle arcate dentali completeranno il periodo preparatorio.

2. *Cura della frattura.* — La riduzione e la contenzione dei frammenti, che, al pari di quanto avviene in tutte le fratture dello scheletro, costituiscono i due tempi principali del trattamento, si ottengono e si mantengono soltanto con l'aiuto di speciali apparecchi, che oggi l'arte protesica, rispondendo alle inattese e urgenti necessità imposte dalla guerra, dopo molti tentativi ha modificati, rinnovati, perfezionati.

Questi apparecchi sono varii, come infinitamente varie sono le ferite di guerra dello scheletro boccale. L'adozione di uno di essi piuttosto che di un altro dipende dal criterio del chirurgo che provvede alla cura.

A seconda del punto di fissazione essi possono suddividersi in apparecchi mono-, inter-, e craniomascellari.

3. *Riparazione chirurgica e protesica delle pseudoartrosi e delle mutilazioni delle mascelle.* — La violenza degli esplosivi e la forza viva dei proietti sono cause frequentissime di asportazione di tratti più o meno estesi di osso, tanto che la perdita di sostanza può dirsi caratteristica delle ferite di guerra dello scheletro boccale.

La pseudo-artrosi, quando la breccia ossea non è molto ampia, una vera e propria mutilazione quando un intero segmento di mandibola o di mascellare superiore è stato distrutto, sono le conseguenze estreme, gli esiti più disgraziati di tali ferite.

Con la guerra è sorto così il problema gravissimo ed urgente al tempo stesso della restaurazione scheletrica delle mascelle, per rimettere in efficienza l'apparato masticatorio dei valorosi mutilati della bocca.

Sorvolando sul mascellare superiore, perchè anche alle mutilazioni più estese di esso la protesi meccanica compensa facilmente e in modo soddisfacente con apparecchi semplicissimi (otturatori, palati, ponti), grandi difficoltà, a volte quasi insormontabili, si incontrano invece per le pseudoartrosi e le mutilazioni della mandibola, le quali pertanto meritano tutta la nostra attenzione, tutto il nostro interessamento.

Due indirizzi dominano attualmente in questa branca della traumatologia: l'uno chirurgico, l'altro meccanico. Entrambi mirano a ricostruire la mandibola, a ridonare ad essa la sua forma e la sua funzione; ma, mentre il primo, seguendo i metodi della ortopedia generale, tenta soprattutto con l'osteosintesi e coi trapianti ossei e cartilaginei di ristabilire la continuità dello scheletro e di riparare la perdita di sostanza, il secondo invece, attenendosi ai principii classici dell'ortodontia, cerca di ripristinare l'equilibrio statico, cinematico e dinamico dei monconi di frattura residui e col sussidio della protesi provvede alla sostituzione delle parti di mascelle distrutte.

L'osteosintesi ed i trapianti sono tentativi inaugurati affatto recentemente, sì che non è ancora possibile un giudizio esatto e definitivo su di essi. Vi sono fautori di un metodo e vi sono fautori dell'altro.

L'osteosintesi trova la sua principale indicazione nei casi in cui la perdita di sostanza è lieve, per modo che l'avvicinamento dei frammenti non porta, a consolidazione avvenuta, un impicciolimento tale dell'arcata mandibolare da alterare o addirittura compromettere l'ingranaggio dentale.

Una condizione pare sia assai favorevole alla buona riuscita di essa e cioè che, a differenza delle altre ossa, il tessuto osseo della mandibola non si rarefà al contatto prolungato con le viti metalliche e quindi offre loro un'ottima base.

I trapianti ossei e cartilaginei rappresentano la innovazione ultima portata nel campo della traumatologia maxillo-facciale. Tutte le forme di innesti, vuoi autoplastico, vuoi omo- ed eteroplastico sono state tentate per la mandibola: ma quelli che hanno dati i migliori risultati sono gli innesti autoplastici con segmenti di cartilagine prelevati dalle ultime cartilagini costali o con pezzi d'osso presi dalla tibia o, come altri preferiscono, dalle coste, perchè queste, per la loro forma arcuata, meglio si adattano alle curve del mascellare inferiore. Qualche prova è stata fatta anche con frammenti di ossa di neoato e, pare, coronata da successo.

Condizioni indispensabili perchè l'osteosintesi tenga e l'innesto attecchisca sono l'immobilità postoperativa dei frammenti per un periodo lunghissimo di tempo e l'asepsi assoluta del focolaio di frattura che si aggredisce. Alla prima si riesce facilmente con buoni apparecchi contentivi, o con l'occlusione forzata e permanente delle mascelle («blocco»), la quale si può mantenere per molti mesi senza inconvenienti. Quanto alla seconda, l'esperienza ha dimostrato che nelle ferite, anche dopo una guarigione apparentemente perfetta, restano latenti dei germi, la cui vitalità si risveglia e si esalta in seguito al trauma operatorio; donde l'indicazione di decidere l'intervento chirurgico solo molto tempo dopo che la ferita è pienamente cicatrizzata.

Il trattamento meccanico diventa così una fase preparatoria e successiva, il sussidio necessario dell'atto operatorio.

Intesa in questo senso, la protesi scheletrica artificiale è destinata ad avere applicazioni sempre più rare e, quale riparazione definitiva, troverà ridotte le sue indicazioni a quelle mutilazioni soltanto nelle quali la vastità della breccia ossea è tale da escludere ogni possibilità di interposizione di ossa e di cartilagine, e a quei casi in cui il ferito rifiuta recisamente il soccorso dell'arte chirurgica o le gravi condizioni di esso sconsigliano l'intervento stesso.

Senza voler sembrare esageratamente ottimista, l'O. è convinto che una più ampia esperienza ed i perfezionamenti della tecnica porteranno in avvenire a felice soluzione il grave problema della riparazione dello scheletro nelle lesioni più profonde delle mascelle. Il grande numero dei mutilati della bocca, il desiderio vivo di rimetterli in piena efficienza anatomica e funzionale senza bisogno di apparecchi complicati e molesti, l'età giovanile e le condizioni di resistenza e robustezza di essi sono altrettanti fattori favorevoli allo sviluppo e all'incremento dei metodi chirurgici.

Una indicazione sorge intanto della massima importanza: ristabilire e mantenere fin dall'inizio l'equilibrio statico, dinamico e cinematico dei frammenti, riponendoli nella loro sede anatomica normale e ristabilendo l'energia funzionale al fine di mettere il ferito nelle condizioni più favorevoli per sottoporsi in qualsiasi momento ad un atto chirurgico, non appena questo potrà dirsi facile e sicuro. Con tale procedimento il ferito non è più un mutilato assoluto, giacchè durante l'attesa trova nella protesi meccanica una riparazione temporanea sufficiente, un palliativo valido ed efficace, il quale, in casi di insuccessi operatorio, potrà pure diventare definitivo.

L'O. considera adunque il trattamento meccanico una fase soltanto della cura generale delle pseudo-artrosi e di talune mutilazioni delle mascelle, fiducioso che l'arte chirurgica, migliorata e perfezionata, compirà la fase ultima della restaurazione scheletrica. E però ritiene che in questo senso si debbano orientare i nostri sforzi e i nostri studii nell'interesse della scienza e soprattutto per il bene dei valorosi mutilati di guerra.

Fratture di guerra della mandibola e loro trattamento chirurgico.

MASSOBRIO GIULIO (Torino). — Nelle fratture di guerra il fatto dominante è la perdita di sostanza, la quale acquista una gravità speciale. Conviene quindi, secondo l'O., più che per le altre fratture conservare anche i minimi frammenti ossei, nella precisa posizione loro, usando tutti gli accorgimenti per impedirne gli spostamenti e per ridurre questi, se si sono determinati.

Specialmente grave è lo spostamento della branca montante della mandibola, in quanto la sua riduzione è un problema non risolto per molti autori. Secondo l'O. tale problema si potrebbe risolvere con la trazione al chiodo, applicata appunto alla stessa branca montante della mandibola.

Quando esiste una perdita di sostanza non si debbono in primo tempo applicare i criterii della chirurgia di pace delle pseudoartrosi, cioè fare degli innesti, ma, nel mentre si mantengono nella posizione loro i frammenti, lasciar fare alla rigenerazione periostea, che ha grande e, in genere, poco riconosciuto valore. Secondo le osservazioni dell'O. invece il periostio ben difficilmente manca del tutto in corrispondenza delle perdite di sostanza ossea, e può, ove non se ne turbi la funzione, riprodurre buona parte dell'osso mancante. E così che spesso alla fine la perdita di sostanza ossea richiede soltanto una protesi a ponte per sostituire il dente o i denti mancanti.

Certamente in molti casi tale rigenerazione non è completa e residua una pseudo-artrosi: allora, ma sempre in secondo tempo e a lunga distanza dalla cessazione di ogni infiltrazione flogistica, si addiverrà agli innesti ossei o cartilaginei, che veramente presso di noi sono rimasti troppo indietro, mentre all'estero hanno raggiunto un tale sviluppo da far affermare che la cura delle fratture mascellari deve essere così concepita: 1° tempo, protesi meccanica: 2° tempo, sostituzione ossea.

Dott. L. C. ZAPELLONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

I sintomi gastrici nella nefrite.

Appartengono alle manifestazioni più comuni, non solo terminali ma anche iniziali; bene spesso una nefrite latente viene curata come una malattia gastrica (dispepsia, astenia, ulcera, intossicazione intestinale) per la predominanza dei sintomi da parte dello stomaco. Questi consistono abitualmente in nausee, vomiti, perdita d'appetito, flatulenza, malessere all'addome di solito senza relazione con i pasti, e cefalea, generalmente a tipo di emicrania. La secrezione gastrica è, di solito, depressa.

Di grande importanza per una diagnosi precoce è la ricerca delle scorie azotate nel sangue, urea, acido urico, creatinina. Il significato di queste sostanze non è però uguale. La ritenzione di acido urico appartiene ai sintomi più precoci ed è di grande importanza per la diagnosi; la ritenzione di creatinina (8-10 mg. per 100 cmc. di sangue) ha invece soprattutto significato prognostico ed indica generalmente l'approssimarsi della fine.

I sintomi gastro-intestinali della nefrite (A. F. Chace, *American Journal of the medical sciences*, giugno 1917), esclusa la stomatite e la colite ulcerativa dell'uremia, sono probabilmente di origine centrale. Non si ha la prova della tossicità dell'acido urico, urea, creatinina, ma la loro ritenzione indica un accumulo di sostanze sconosciute, che possono essere tossiche; una scarsa ossidazione della creatinina può condurre alla formazione di metilguanidina, di cui sono note le proprietà tossiche. Ad ogni modo la relazione fra queste sostanze ed i sintomi gastrici della nefrite è tuttora oscura. FIL.

L'edema dei reni.

L'autopsia di nefritici dimostra spesso che il rene è ingrossato ad aumentato di peso: questo fatto è da mettersi in rapporto con l'imbibizione sierosa dell'organo. In tali casi l'edema generale, determinato dalla malattia renale si diffonde allo stesso rene, determinandovi delle lesioni analoghe al rammollimento idropico, per cui ne risulta un circolo vizioso e la funzionalità renale ne rimane maggiormente alterata.

In questo stato di cose, le scarificazioni cutanee, dando esito a notevole quantità di liquido sollevano anche le condizioni renali.

E. Meyer (*Münch. med. Woch.*, 18 aprile) ritiene che spesso i buoni risultati ottenuti con la decapsulazione renale si debbano a questo fatto, e cita il caso di Wilk in cui i reni erano triplicati di volume, la capsula renale tesa con vesciche grosse quanto una lira, ripiene di liquido sieroso, condizioni tipiche di edema renale. Va però notato che la decapsulazione induce, già nei reni normali, un aumento di diuresi. FIL.

Sulle malattie renali acute nelle truppe combattenti.

In tutte le truppe che combattono la guerra odierna numerosi sono stati i casi di nefriti acute, tanto che dagli autori francesi ed inglesi si è anche fatto cenno di una particolare forma di nefrite da trincea. Secondo Iungmann (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1916) una maggiore frequenza di affezioni renali acute si ebbe anche tra i soldati tedeschi e sopra tutto tra quelli combattenti alla fronte orientale. Come causa di queste nefriti furono indicate varie azioni dannose: i disagi della vita in trincea, l'esposizione alle intemperie, il freddo intenso, il soggiorno in ricoveri umidi, l'uniformità e la deficienza dell'alimentazione, le vaccinazioni antitifiche ed anticoleriche, le pregresse infezioni dissenteriche. Ma un sereno esame critico dei fatti osservati lascia facilmente scartare dalle probabili cause della nefrite di guerra tutte le azioni suddette. Più verisimilmente si tratta di una vera e propria infezione, di cui la lesione renale è una manifestazione principale se non l'essenziale. È sopra tutto il quadro clinico iniziale che dà ragione di questa ipotesi. La malattia comincia con un brivido forte, seguito da febbre mentre l'individuo trovasi in pieno benessere. Ben presto cominciano gli edemi che possono essere leggerissimi e raggiungere le proporzioni di un anasarca completo. La quantità dell'urina diminuisce e nello stesso tempo compare una forte cefalea, nausea e dispnea.

L'albumina nell'urina può raggiungere il 12-15 per mille. Un fatto notevole è la diminuzione della pressione vasale. In molti casi esiste splenomegalia.

Non è dubbio che il periodo iniziale, come del resto anche l'ulteriore decorso, presentano una serie di particolarità che mancano in altre nefriti acute.

Questi sintomi caratteristici della nefrite di guerra, quali l'inizio brusco della febbre, la splenomegalia, l'abbassamento della pressione vasale ed i segni delle lesioni generali dei capillari fanno ritenere che non sia solamente affetto il rene, ma che l'infezione colpisca l'organismo intero. Per quanto la formula leucocitaria permanga inalterata, per quanto ai ripetuti esami il sangue sia rimasto sempre ste-

rile, il quadro clinico fa ritenere più che certo che si tratti di un processo infettivo. Una tale ipotesi è convalidata anche dalla distribuzione della malattia nelle truppe. Tuttavia il fattore freddo se non costituisce la causa essenziale della nefrite, è certamente un elemento coadiuvante di cui si deve tener conto. *a. a.*

Una nuova forma di nefrite acuta osservata in questa guerra.

Se ne occupa Ullmânn nella *Berl. Klin. Woch.*, 1916, n. 38.

Si tratta di una malattia infettiva, ma non contagiosa. Umidità e freddo, che secondo alcuni sarebbero fattori etiologici, secondo l'A. non sono in realtà che predisponenti.

È un'infezione generale che si localizza al sistema urinario e di preferenza ai reni. Le pareti dei capillari, sia della periferia che delle parti profonde del sistema urinario, vengono lese e divengono permeabili ai leucociti ed all'albumina. Le lesioni vascolari possono anche durare a lungo dopo l'infezione, ciò che spiega la persistenza dell'ematuria, leucocituria, albuminuria come dell'edema, nonostante il decorso quasi sempre afebbrile e i sintomi generali poco rilevanti.

Il solo edema può a volte essere l'unico sintomo della malattia.

Il reperto anatomico non è ancora abbastanza chiarito. G. M.

TERAPIA.

Azione dei diuretici nelle nefriti.

Il dott. Christian di Boston (*New York Medic. Journal*, 1917, I, p. 46), in uno studio sull'azione dei diuretici nelle nefriti, mette anzitutto in rilievo la nozione che sperimentalmente i diuretici hanno per risultato di accorciare la vita degli animali in cui si è provocata una nefrite acuta: essi pregiudicano la funzione renale. Ciò si spiega, in quanto che agiscono stimolando un organo già ammalato.

Ricerche ed osservazioni sull'uomo confermano in parte questa nozione: per es. la teocina, usata dall'A. come prototipo dei diuretici renali, non sortì effetti benefici manifesti nella nefrite acuta che talvolta complica l'influenza. Alle volte determinò incremento, altre volte riduzione della diuresi e dell'azoto urinario e dei cloruri urinari; ma l'eliminazione di Na Cl aumentava più spesso che quella di N e tendeva ad essere parallela all'escrezione di acqua. Da questo comportamento e dall'esame dei malati, l'A. trae la conclusione che la teocina esercita effetti incostanti ed è infida nella cura della nefrite acuta.

Nella nefrite cronica e nella così detta malattia cardio-renale, la teocina induceva la diuresi in rapporto inverso alla funzionalità renale: se questa era molto deficiente, la diuresi veniva poco stimolata, effetto contrario a quello ricercato. Quando la diuresi era attivata, seguiva costantemente una riduzione della funzione renale, ciò che dava a sospettare un'azione dannosa e consigliava, quanto meno, un uso intermittente del diuretico.

D'altra parte, può esservi diuresi senza aumento dell'eliminazione di azoto e ciò rende molto dubbia l'utilità dei diuretici a scopo disintossicante nella nefrite secca o azotemica.

In molti casi di nefrite grave, i diuretici sono molto probabilmente dannosi, dacchè non determinano nè diuresi, nè aumento nell'eliminazione degli ingredienti urinari (cloruri, urea): segue a colpo sicuro una riduzione della funzionalità renale.

Ricordiamo che anche altri autori sono stati molto riservati nell'uso dei diuretici nelle nefriti. Così O' Hare e Woods (*Amer. Journal Med. Sciences*, 1915, II, p. 655) in cento casi di nefrite cronica, dimostrarono che i diuretici falliscono quasi sempre al compito di provocare la diuresi; qualche volta questa si otteneva, quando, insieme ai diuretici renali, si usava la digitale; ma evidentemente in tal caso interveniva l'azione del cardiocinetico, il quale basta da solo a produrre la diuresi. Particolarmente nelle nefriti secche, senza edema, in cui v'è forte ritenzione di azoto e pressione del sangue elevata, i diuretici renali si sono mostrati del tutto incapaci di attivare l'eliminazione dei prodotti azotati. Gli AA. concludevano esprimendo l'opinione che occorrerebbe raccogliere nuovi elementi per giustificare l'uso dei diuretici sovratutto in queste nefriti, le quali vanno assumendo così notevole importanza. Tutto porta ad ammettere che in tale stato morboso il rene è sensibilissimo all'affaticamento e che i diuretici affatichino il rene e quindi ne pregiudichino la funzione.

Quanto alle nefriti acute, secondo i due AA. le ricerche sugli animali mettono fuori di ogni dubbio l'azione nettamente dannosa dei diuretici. R. B.

Trattamento dietetico della nefrite azotemica.

Secondo Boyd (*Edinb. Medic. Journal*, aprile 1916, p. 265), il trattamento dell'azotemia nella nefrite secca dev'essere prevalentemente dietetico.

Non appena il paziente cade sotto l'osservazione del medico, se le sue condizioni di resi-

stenza lo permettono, è bene di sopprimere ogni alimento, spegnerne la sete con acqua distillata (cui si possono aggiungere solo debolissime quantità di acqua comune, per evitare l'azione dannosa dell'acqua distillata sulla mucosa gastrica) e somministrargli qualche purgante. Sono utili i bagni d'aria calda e gl'impacchi caldi: attivano il sudore, che trascina con sè in soluzione un po' dei materiali azotati tossici del sangue; inoltre questi mezzi riducono l'alta tensione del sangue.

Dopo 24 ore di dieta assoluta, si comincia la dieta aproteinica, che consiste in acqua di arrow-root (o di riso), crema di latte, zucchero e frutta povera di acido benzoico (mele, susine, fichi, ecc.) cotta al forno. Questa dieta può essere protratta senza pericolo per una settimana ed anche per due; fornisce abbastanza calorie per i bisogni dell'organismo e può determinare una sensibile caduta nell'azoto del sangue.

Alla fine del periodo anazotato, si può aggiungere alla dieta un po' di latte e dei cibi farinacei alquanto più consistenti dell'acqua amilacea (semolini, riso, ecc.).

Questa dieta è raccomandabile anche negli stadi precoci della nefrite acuta, in cui per solito non esiste ritenzione marcata di azoto. In queste condizioni il rene è capace di eliminare le scorie azotate, ma deve compiere un lavoro ed evidentemente il lavoro non è mai benefico per un organo in stato d'infiammazione attiva.

Nelle nefriti croniche il trattamento dietetico dovrebb'essere in gran parte regolato sulla determinazione dell'azoto nel sangue.

Se non v'è ritenzione di azoto, come nella nefrite cloruremica o idropigena, non è consigliabile di attenersi ad una dieta rigidamente anazotata, dacchè la nutrizione generale verrebbe a scadere; invece questa dieta è indicatissima nella nefrite secca o azotemica.

Brevi periodi di dieta anazotata sono spesso benefici per i reni ed emendano i sintomi cardio-vascolari; ma lo stato di nutrizione del soggetto dev'essere sempre tenuto presente.

R. B.

Il salvarsan nelle nefriti.

Willcox e Webster (*British Med. Journal*, 1916, I sem., pag. 473) rilevano che le malattie renali costituiscono una controindicazione netta all'uso del salvarsan, il quale può essere molto pericoloso così nelle nefriti acute e subacute, come in quelle croniche, siano esse interstiziali o parenchimatose.

Una sola forma di nefrite consente l'uso del salvarsan: è la nefrite sifilitica attiva; ma anche allora conviene attenersi a piccole dosi (0,3 gm. ogni volta, per via endovenosa).

In questi casi può ricorrersi al salvarsan anche se l'età del paziente è avanzata e se esiste arteriosclerosi diffusa.

Gli AA. osservano che prodotti simili fabbricati in Inghilterra ed in Francia hanno praticamente gli stessi effetti fisiologici e terapeutici, epperò che meritano analoga fiducia.

R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(851) Al dott. C. G. Ferrara di Montebaldo:

Non crediamo esistano pubblicazioni speciali sull'argomento, che l'interessa. Vi sono trattati di patologia vegetale, sempre però dal punto di vista botanico ed agricolo; tra questi ottimo è il seguente: Dott. Teodoro Ferraris - *I parassiti vegetali*. U. Hoepli ed., Milano, 1915. L. 18. Nel primo volume del trattato di Patologia generale di Bouchard (Unione tip. editr. torin., L. 9) vi è una monografia di P. Vuillemin che tratta le considerazioni generali sulle malattie dei vegetali.

FIL.

(852) Al dott. M. M. da V.:

Suggeriamo il Formulario terapeutico del Rubino, ultima ediz.; Milano, Fr. Vallardi.

L. P.

(853) Al dott. N. S. da C. a. C.:

Provi a rivolgersi all'Istituto Sieroterapico Milanese (Milano, via A. Lecchi, 14) ovvero all'Istituto Siero-Vaccinoterapico Italiano (Napoli, via S. Giacomo dei Capri). L. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

CH. e L. LAVIELLE. *Le bluff des stations thermales austro-allemandes.* Un vol. in-8° di pag. 120. A. Maloine, edit., Parigi, 1916.

Gli AA. mettono in vivace caricatura i sistemi *reclamistici* con cui i tedeschi sanno sfruttare le loro stazioni idroterapiche, circondandole e munendole di una quantità di cure accessorie, molte delle quali, (p. e. l'*inalatorium* di radio) sono una vera mistificazione. I medici tedeschi (e non certo i meno quotati), si installavano in qualche importante albergo di grandi città e vi davano delle consultazioni, consigliando alla clientela ricca la cura idroterapica in stazioni austro-tedesche. Allo scopo di sviare poi la clientela dalle stazioni francesi, facevano inserire su qualche grande giornale la notizia di un'epidemia di scarlattina o d'altro, a Vichy, Aix-les-Bains, ecc.; procedimenti di questo genere erano tutt'altro che limitati alla Francia e purtroppo l'Italia ne è stata molto spesso vittima. Dal canto loro i tedeschi si guardavano bene di frequentare le stazioni estere, tanto che a Vichy nel 1913 sopra circa 110,000 bagnanti, non ve n'era nemmeno uno che fosse austro-tedesco.

Gli AA. contrappongono alle acque termominerali ed alle stazioni climatiche austro-tedesche, quelle francesi, e da ultimo danno un elenco dei prodotti farmaceutici tedeschi, bene sostituibili con altri, non brevettati.

Uno degli esempi più caratteristici della frode in questo campo, è dimostrato dal fatto che in Austria e in Germania, negli stabilimenti termali delle grandi città, in molte cliniche, specie a Vienna, in moltissime stazioni termali (fra cui la sola Kissingen annovera 70-80 mila bagnanti all'anno) si fanno delle cure con..... il fango di Battaglia, che viene sottoposto a tutta una serie di preparazioni culinario-farmaceutiche. Anche se tutta la regione fra Abano e Battaglia fosse a disposizione di tale clientela, non potrebbe bastare per un mese.

Ci siamo dilungati in questa recensione perchè riconosciamo l'estrema necessità che anche in Italia si prendano provvedimenti in proposito. Da troppi medici per un malinteso esotismo sono od erano consigliate le stazioni estere e specialmente tedesche: troppi *snob* le frequentano. Sotto tale rapporto invece crediamo che l'Italia non sia seconda ad altro paese, sia per l'estrema varietà dei climi, sia per la straordinaria ricchezza di acque minerali.

Mediante un beninteso sfruttamento, ed una *réclame* fatta seriamente, e con criterî non esclusivamente mercantili, si raggiungerà lo scopo di meglio giovare ai malati e di far conoscere ed apprezzare il nostro Paese.

FIL.

TH. CARRUTTERS. *Urine examination made easy.*, 3ª ediz., Londra, edit. Churchill. Prezzo 1 s.

È una guida eminentemente pratica per l'analisi delle urine; vi è data la scelta ai metodi semplici; le manualità operatorie vi sono indicate con minuta precisione.

S.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Nè equivoci, nè discordie.

Se fossi tentato di discutere e controbattere punto per punto le affermazioni contenute nella lettera pubblicata nell'ultimo numero di questo giornale dal magg. medico Mendes, dovrei o ripetermi o polemizzare con me stesso. Ed io credo di non essere in errore affermando che il dottor Mendes abbia voluto cogliere l'occasione per mettere le cose a posto dal suo punto di vista, in riguardo a certe malignazioni contro il corpo sanitario militare effettivo, malignazioni di cui chi scrive non si è fatto mai eco e che non sono in alcun modo giustificate.

Sono convinto che se l'egregio collega non avesse sentito questo bisogno, non avrebbe mossa alcuna obiezione alle mie serene considerazioni o avrebbe adoperata una forma più atta ad affermare quella serenità e quello spirito di colleganza, che egli invoca.

Il dottor Mendes afferma che la carriera degli ufficiali medici di carriera non è nè brillante, nè vantaggiosa. L'accordo è completo con il sottoscritto.

Nell'articolo, che ha provocato la sua replica scrivevo: «*le condizioni degli ufficiali medici di carriera se prima della guerra non erano neppur discrete, tanto che il loro reclutamento per le scarse attrattive non era facile, oggi per il mutato stato economico generale, sono ritornate anacronistiche*». E più avanti: «*Non si può non compiacersi, e più per amore di giustizia che per spirito di solidarietà, che agli ufficiali medici di carriera sia fatto un trattamento che è anche men che adeguato alle loro prestazioni*». E più avanti ancora: «*Non mi stancherò di ripetere che gli ufficiali medici di carriera hanno ben titolo al trattamento che viene loro fatto e che costituisce anche una riparazione per i torti subìti in tempo di pace*».

L'egregio dottor Mendes ed i cortesi lettori mi useranno indulgenza se ripeto la mia prosa; ma è necessario per il giusto intendimento della quistione e perchè sia nettamente limitata la materia controversa.

Dunque le condizioni degli ufficiali medici effettivi non sono tali da destare l'invidia di chicchessia. In ciò l'accordo col dottor Mendes è più che perfetto.

La divergenza comincia quando egli assevera che la carriera degli ufficiali medici effettivi non si è, sia pure modestamente, e, ripeto ancora, senza raggiungere i limiti del giusto, migliorata per cagione della guerra; che essa non è più rapida e più ampia di quella degli ufficiali di complemento; e che infine questi ultimi devono essere ben contenti del trattamento che è stato fatto loro.

Ai primi due punti rispondono efficacemente, credo, il regolamento ed il quadro d'anzianità del corpo sanitario militare, che il sottoscritto aveva già compulsato prima che ne ricevesse invito.

Il regolamento prescrive che gli ufficiali medici effettivi devono essere in ogni caso promossi prima di quelli di complemento di pari grado e che la carriera degli ufficiali di complemento è limitata al grado di tenente.

Quest'ultima disposizione è stata durante la guerra attenuata, concedendo che ai medici di complemento della zona di guerra potesse essere assegnato il grado di capitano.

La conseguenza logica di queste prescrizioni si rileva dal quadro d'anzianità pubblicato nel numero del 30 giugno del *Giornale di medicina militare*. La lettura di questo quadro è interessante: vi si apprende molto più di quello che il collega Mendes si è limitato a rilevare. La quistione, mi scusi l'egregio collega se insisto su questo punto, non è controversa sul fatto che le condizioni dei medici militari effettivi non sono brillanti. È quindi inutile rilevare che ci sono colonnelli, tenenti colonnelli e maggiori in età avanzata. Si tratta di assodare se le promozioni degli effettivi abbiano avuto un ritmo più accelerato per ragione della guerra, insperabile se la guerra non fosse stata, e per quanto lento in via assoluta, pure tale che si faccia desiderare dagli ufficiali di complemento.

Ora, l'annuario in quistione dà sotto tale riguardo delle indicazioni preziose ed eloquenti

Pur non volendo tener calcolo delle promozioni avvenute negli ultimi quattro mesi del 1914, promozioni che certamente sono il riflesso della preparazione del nostro esercito alla guerra, si desume dal predetto annuario che negli anni della guerra guerreggiata, cioè nel 1915, 1916 e 1917, si sono verificati i seguenti avanzamenti:

su cinque degli attuali maggior generali tre sono stati promossi a tale grado durante la guerra;

su cinquantacinque degli attuali colonnelli trentasette sono stati promossi a tale grado durante la guerra; e di questi trentasette, nove erano stati promossi tenenti colonnelli nel 1915 e sette nel 1914;

tutti gli attuali tenenti colonnelli, tranne uno promosso nel 1914, sono stati promossi durante la guerra; di essi trentadue erano stati promossi maggiori nel 1915 e ventuno nel 1914;

su duecentoquarantacinque maggiori duecentotrentasette sono stati promossi a tale grado dal secondo semestre del 1915 al giugno 1917, due nei primi mesi del 1915, due nel 1914, uno nel 1912, tre nel 1911, due di questi ultimi sono in aspettativa per motivi di salute.

Questo per quel riguarda gli ufficiali superiori.

Intendiamoci, niente di meraviglioso, di strano, d'ingiusto in queste promozioni. La meraviglia se mai sta nel fatto che si è dovuto attendere la guerra per fare un po' di giustizia ai medici militari. E poi, è una giustizia per modo di dire, perchè, come dicevo nel precedente articolo, date le modificazioni verificatesi nell'ambiente economico-sociale, si può affermare, senza pericolo di cadere in esagerazioni, che le condizioni degli effettivi siano sostanzialmente peggiori di prima! La scossa che ha violentemente agitata la società nella quale viviamo, ha prodotto qua e là degli avvallamenti e dei sollevamenti, ma ha pur determinato una depressione di livello uniforme della generalità, per modo che, viste da un osservatore posto ad un medesimo livello, quelle che prima erano vette eccelse, ora sono modeste colline.

Per ritornare all'ordine militare, può dirsi che finanziariamente l'attuale posizione di un colonnello sia analoga a quella di un capitano *ante bellum*.

Il dottor Mendes ha ragione di affermare che bisogna guardare altrove, se si vogliono vedere profitti, carriere rapide e gradi conseguiti in età giovanile. Lo stesso pensavo io quando scrivevo: «temerei di sconfinare oltre quello che è consentito se facessi delle generalizzazioni al riguardo». Certo, non fui molto chiaro; ma non potevo esserlo di più.

Comunque sia, non emerge la ragione per la quale ai medici civili richiamati alle armi non si debba fare, nei riguardi delle promozioni, il medesimo trattamento fatto agli effettivi. Solo perchè la condizione di questi ultimi non è buona, si deve negarla a quelli che stanno peggio?

È lecito, è tollerabile di mantenere in vigore regolamenti che erano stati fatti nella rosea presunzione che le guerre moderne non potessero durare che breve tempo e non dovessero assorbire tanti milioni di effettivi?

Perchè, quando la guerra dura anni e anni, limitare il grado degli ufficiali medici a quello di capitano?

Perchè il corpo sanitario non deve avere lo stesso trattamento delle armi combattenti? Il medico (e qui mi è grato adoperare le medesime parole del dottor Mendes) non versa anche egli il suo sangue nelle trincee, non affronta in mezzo ai soldati ogni disagio ed ogni pericolo, non muore spesso della morte dei martiri e degli eroi ucciso da una palla o spento da una infezione?

È una doverosa modificazione dei regolamenti, che non questa sola ingiustizia, per non dire altro, hanno consacrata, quella che si desidera.

Il dottor Mendes fa una ripetizione di principî: la carriera degli ufficiali medici di complemento non può essere migliore perchè date le attuali disposizioni non può essere migliore. E da quando in qua le leggi, i regolamenti non sono suscettibili di modificazioni? Vogliamo affermarlo proprio oggi che tutto, principî, idee, subiscono una così profonda rivoluzione?

In quest'ora fatale della storia, nella quale tutto si muta, conviene che le leggi si adattino alle circostanze e rendano possibile la vita che si svolge fra tante difficoltà e dolori.

Il dottor Mendes afferma che nessuna categoria di professionisti sia stata trattata con più equa larghezza dei medici: evidentemente egli allude ai generali, ai colonnelli, ai maggiori creati per titoli. In realtà questa larghezza è giustificata dalla specifica competenza tecnica e delle funzioni direttive dai medici assunte.

Tutt'altra è la condizione fatta alla grande massa dei medici, al proletariato professionale, cioè ai capitani e subalterni.

Il dottor Mendes, che ci attribuisce uno stretto raggio visuale, perchè abbiano insistito sullo stato di questi ultimi, è caduto nello stesso difetto, insistendo sui supposti privilegi concessi per i gradi superiori.

L'annuario al quale l'egregio collèga mi ha richiamato, ci apprende che su 496 capitani medici effettivi 12 sono stati promossi a tale grado prima del 1914, 38 nel 1914, 198 nel 1915, 121 nel 1916, 127 nel 1917. E ve ne sono di quelli che, promossi tenenti nel novembre 1915, sono stati fatti capitani nell'aprile 1917, cioè dopo 17 mesi. Che ne dice il dottor Mendes, che per passare capitano ha dovuto restare 7 anni nel grado di tenente?

Ma a parte ciò che per noi non può essere, se mai, che ragione di compiacenza, noi dobbiamo rilevare altri elementi che, se in via assoluta non hanno nulla di strano, posti in confronto con le condizioni fatte ai non effettivi, fanno rilevare uno stato di cose poco equo e niente incoraggiante.

Tra i capitani di carriera promossi durante la guerra la grande maggioranza, la quasi totalità, ha presa la laurea dottorale tra il 1908 ed il 1913; ma ve ne sono anche 34 che si sono laureati nel 1914, cioè promossi capitani dopo *due anni e mezzo* dal conseguimento della lau-

rea. Non è dubbio che se le cose continueranno così, nel prossimo annuario vedremo elencati tra i capitani effettivi i laureati di S. Giorgio di Nogaro.

È ben vero che ora tutti i capitani figurano assegnati ai reggimenti, il che non si poteva constatare al principio della guerra; ma non è men vero che teoricamente, ed in tempi di guerra dalla teoria alla pratica il passo è breve, questi giovanissimi capitani potrebbero essere comandati a dirigere ospedali da campo!

Conclusioni io non ne traggo. E non ne traggo nemmeno per quel che riguarda i rapporti di interdipendenza fra i capitani con 27 anni di età e 30 mesi di laurea, ed i tenenti con poco meno di 40 anni di età e con una dozzina di anni di laurea.

Un collega mi scrive dal fronte: «Sono tenente anziano della C. R., ho in sottordine due tenenti giovani, uno di complemento, l'altro effettivo, i quali *perciò* vengono promossi prima e così le parti si capovolgono. E pensare che si tratta spesso di licenziati dalle Università sotto la forza premente del Ministero della P. I. e la forza aspirante del Ministero della guerra, laureati che si dibattevano con gli esami di ostetricia e di pediatria mentre nel contempo il sottoscritto, già tenente, aveva sistemato e dirigeva dal lato tecnico ed amministrativo un ospedale con piena soddisfazione delle autorità civili e militari. Ma a che serve, se ad un medico maturo di pratica ospedaliera, dopo aver disimpegnato lodevolmente servizi di grado superiore e dodo quasi un anno di avamposti, e oltre due anni di anzianità di servizio, negano quella promozione che viene concessa dopo solo e meno di un anno di anzianità di servizio a chi solo la pratica militare è stata maestra e corollario di una laurea di guerra? Oh la logica, la giustizia, la morale!».

Giustissimo!

Lo stesso dottor Mendes vorrà riconoscere che il collega ha ragione.

La colpa di questo stato di cose non si può imputare che ai regolamenti; ma i regolamenti sono perfettibili sopra tutto in regime di decreti luogotenenziali.

Anche negli altri corpi gli ufficiali effettivi hanno avute rapide promozioni, ma lì è più rispettata, almeno per le armi veramente combattenti, l'anzianità della nascita. Ci sono maggiori con meno di 30 anni ma i tenenti ne hanno 20 ed anche meno. E poi non c'è la quistione della competenza specifica professionale, che per i medici rimane immutata anche sotto la onorata divisa. Di questo elemento si è tenuto conto solo per l'assegnazione di certi gradi, ma per la gran massa dei medici, che pure hanno la loro distinzione, se non per altro per l'età, per la durata della loro esperienza professionale, nulla.

Il medico ricco di cultura e di pratica, che non ha mai sentito il bisogno di etichettare la sua capacità con docenze più o meno libere e più o meno significanti, ha avuto il medesimo trattamento del medico neo-laureato e domani l'avrà uguale ai diplomati della Università Castrense.

Non equivoci nè discordie, collega Mendes. Parole chiare ed il più alto spirito di colleganza, che sono le une in funzione dell'altro.

I medici civili richiamati alle armi non hanno ragione di dare addosso ai colleghi effettivi, di cui hanno potuto durante la guerra apprezzare i meriti che li rendono anche degni di migliori destini. Essi deplorano che ai medici effettivi non sia fatto un migliore trattamento; ma per adesso devono limitarsi a domandare, per ragioni di equità, per la regolarità stessa del servizio, che le promozioni degli uni e degli altri siano fatte col medesimo ritmo, senza ingiustificate ed ingiustificabili preferenze di categorie.

È una modesta richiesta, che per la sua modestia stessa, gli effettivi non dovranno ostacolare.

Tra le molte cose giuste scritte dal dottor Mendes, che in questa guerra si è dimostrato soldato valoroso, medico sapiente ed organizzatore sagace, vi è che il sottoscritto non è tra coloro che semina l'equivoco ed il dissidio tra quelli che dovrebbero essere e sono realmente affratellati dai comuni studî e dalla comune opera pietosa.

Tanto nella nota che ha dato luogo a questa polemica, quanto in altre precedenti, il sottoscritto ha sempre professato e cercato d'inspirare lo spirito più sincero, più schietto di fraternità e di colleganza fra i medici, spirito che, come del resto anche lo stesso dottor Mendes ha dovuto ammettere sotto il velame delle reticenze e delle attenuazioni fin dal principio della guerra, perchè non confessarlo? ha fatto un po' difetto. Certo si è trattato di malintesi, di preconcetti, che noi — ci riconosciamo questo merito — abbiamo cercato sempre di soffocare o diradare.

Nel difficile compito di sostenere i giusti interessi dei medici senza intaccarne lo spirito di disciplina noi ci siamo sforzati di contenere qualsiasi protesta, qualsiasi richiesta entro limiti legittimi e ragionevoli, per modo che la dignità della classe e la nobiltà della lotta, cui i medici dànno tanto contributo di sacrificî e di sangue, non ne fossero menomate.

PANGLOSS.

ATTI PARLAMENTARI.

Dispensa di medici condotti militari.

Ad una interrogazione dell'on. Rispoli, il ministro della guerra ha così risposto:

« Le necessità dell'assistenza sanitaria civile sono state costantemente riguardate dall'Amministrazione militare con la più benevola sollecitudine, senza però dimenticare le coesistenti gravi esigenze militari.

« La concessione delle dispense o delle esonerazioni dal servizio militare per necessità sanitarie civili è regolata dal Regio decreto 13 aprile 1911 e dal decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, in base ai quali non solo è largamente considerato il criterio della indispensabilità funzionale e perfino personale, ma tale riconoscimento è deferito ad apposite Commissioni provinciali, presiedute dai prefetti.

« Ora è evidente che quando non ci sia richiesta di esonero di un sanitario oppure essa non sia riconosciuta dalle competenti autorità prefettizie e militari, il sanitario viene chiamato alle armi e impiegato in uno dei tanti servizi inerenti alla vasta e complessa organizzazione dell'esercito, fra i quali è anche quello della sorveglianza tecnica della fabbricazione delle scatole di conserve alimentari.

« Non si tratta adunque di togliere un medico condotto per adibirlo ad un servizio più o meno importante della sanità militare, ma di utilizzare per uno dei tanti bisogni dell'esercito un sanitario non riconosciuto indispensabile per l'assistenza sanitaria civile.

« Se, a parte la legalità formale, sostanzialmente le cose stessero diversamente, il comune di Lettere potrà sempre fare pratiche di esonero per il proprio medico, secondo la procedura tassativamente all'uopo stabilita e con la sicurezza che, qualora concorrano le condizioni volute dal decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, emanato di concerto fra Ministero della guerra e quello dell'interno, la richiesta stessa sarà senza altro secondata ».

Compensi ai medici condotti militari.

Ad una interrogazione dell'on. Pizzini, il ministro della guerra ha risposto:

« I medici militari possono essere restituiti alle loro condotte per due motivi:

1° Per esonero (articolo 6 decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 468) ed in tal caso essi assumono obblighi a prestazioni attinenti al servizio sanitario militare nei luoghi di loro residenza.

2° Per sostituire medici appartenenti alla classe 1884 e più giovani (decreto 12 novembre 1916, n. 1529) ed in questo caso conservano la qualità di militari continuando a percepire le competenze del loro grado.

« Nel primo caso quindi nessun compenso è dovuto ai medici esonerati essendo i medesimi impegnati a prestazioni attinenti al servizio militare nei luoghi di loro residenza.

« Nel secondo poi *a fortiori* non è dovuto alcun compenso, dal momento che i medici comandati ai servizi civili percepiscono gli assegni e le indennità militari ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6917) *Esonero dal servizio militare.* — Dottore abbonato 8642. — L'esonero che Ella ha ottenuto e di cui attualmente usufruisce resta inalterato anche quando nel Comune, ove presta servizio come supplente a scavalco, ritornerà il proprio medico titolare dichiarato inabile alle fatiche di guerra. L'esonero, infatti, fu a suo tempo concesso principalmente pel Comune ove era titolare ed in cui veniva a mancare qualsiasi assistenza sanitaria ed in linea affatto secondaria per l'altro centro, ove prestava servizio in più modesta condizione. Se viene a mancare la condizione secondaria resta pur sempre la principale, che vale a giustificare la continuazione dell'ottenuto esonero.

(6919) *Imposta sulle esenzioni militari.* — Dott. C. F. da P. sull'O. — Per effetto del decreto Luogotenenziale del 4 febbraio 1917, n. 231 furono assoggettati al pagamento della imposta militare, fra gli altri, anche coloro che furono esonerati dall'effettivo servizio militare in base al D. R. del 13 aprile 1911, n. 374 e, cioè, i medici condotti unici. La disposizione del detto D. L. decorre dal 1° gennaio 1917. Ella, pertanto, mentre dovrà pagare la tassa per l'anno in corso non deve pagare alcuna somma per il decorso anno 1916. Faccia ciò presente all'Agenzia delle Imposte, cui sarebbe necessario far tenere subito analogo reclamo.

(6920) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. A. A. S. da Z. di G. — A Lei, che serve attualmente nel R. Esercito come semplice soldato compete l'intero stipendio da parte della amministrazione municipale esclusa l'indennità per la campagna antimalarica che va attribuita al professionista che, in sostituzione di Lei, disimpegna il servizio e la relativa profilassi. Allorchè conseguirà la nomina ad ufficiale avrà diritto a due mesi di stipendio intero per una volta tanto e pel tratto successivo la differenza fra lo stipendio maggiore e quello minore militare e civile. Il diritto a percepire ora l'intero stipendio è stabilito dallo articolo 1° del D. L. 31 agosto 1915, numero 1420, che assicura eziandio la percezione della differenza fra lo stipendio militare e quello civile pel tratto avvenire. Il diritto a percepire i due mesi di stipendio intero appena conseguita la nomina a sottoufficiale o ad ufficiale è sancito dallo articolo 2 del D. L. 9 luglio 1916, n. 875 che tassativamente dichiara che l'impiegato il quale durante il servizio militare ottiene la nomina a sottufficiale o ad ufficiale ha diritto a percepire, oltre le competenze militari del nuovo grado, gli assegni civili per i primi due mesi dalla data della promozione al grado stesso.

(6921) *Imposta sulle esenzioni dal servizio militare.* — Dott. G. P. da C. L. — I medici condotti unici esonerati dal servizio militare per effetto dello articolo 1° del D. R. 13 aprile 1911, n. 374, sono stati assoggettati, a decorrere dal 1° gennaio 1917, al pagamento della imposta militare in virtù del D. L. 4 febbraio 1917, n. 231.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 7877:

Non avendo ancora compiuti i 15 anni di laurea il collega non si trova nelle condizioni volute dalla circolare 734 G. M. del 1916, per aspirare ad esser nominato capitano medico di complemento.

Per ora quindi non potrà avere che il grado di tenente.

All'abb. n. 8272:

Le domande a concorrere al grado di tenente in servizio attivo permanente inoltrate al Ministero sono state accolte e le nomine sono state pubblicate nel bollettino n. 52 del 13 luglio.

All'abb. n. 8818:

Se il collega è stato esonerato come indispensabile non può venir mobilitato per nessuna ragione; ma anche se, rinunziando egli alla condotta, cessassero le ragioni dell'indispensabilità, non è ammesso che possa sostituire altro medico mobilitato.

All'abb. n. 6812:

Appartenere alla milizia territoriale od al ruolo di complemento non produce alcuna variazione di trattamento e di impiego.

Infatti per l'impiego si tiene conto oggi soltanto dell'*età*.

Il reclamare non porterebbe quindi alcun vantaggio al collega circa la sua destinazione, ma, data la sua età, può esser certo che anche se il reclamo verrà accolto ed egli passato dal ruolo di complemento alla milizia territoriale, continuerà a prestar servizio ove attualmente si trova.

All'abb. n. 6394:

Può ottenere la rettifica reclamando, ma l'impiego degli ufficiali medici giovani di milizia territoriale è eguale a quello degli ufficiali di complemento.

All'abb. n. 1922:

L'Università castrense non comprende che il V ed il VI corso di medicina, in altri termini possono accedervi soltanto i prossimi alla laurea.

Essendo suo figlio soltanto del 2° anno non può quindi usufruire dei corsi dell'Università castrense.

All'abb. n. 6699:

Dipende dall'importanza dell'Ospedale, e tale importanza è giudicata dalla Commissione competente della quale fa parte anche il direttore generale della Sanità civile, che, più che ogni altro, è in grado di conoscere la situazione di tutti gli ospedali civili del Regno.

All'abb. n. 7413:

Faccia la domanda al Ministero allegando i titoli per l'assegnazione del grado.

Al dott. B. C., Zona di guerra:

La circolare in questione 392, G. M. giugno, vale per effettivi, ufficiali di complemento e Croce rossa.

In base a tale circolare il collega può bensì esser proposto, ma dovrà, in ogni modo, attendere per conseguire la promozione, che preceda quella degli effettivi di eguale anzianità.

All'abb. n. 1994:

L'essere riformato non dà al collega alcun diritto di esonero dalla Croce rossa, in quanto che essa accoglie appunto in servizio *i riformati*.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. dott. Cavallaro Giuseppe, libero docente all'Istituto superiore di Firenze, incaricato dell'insegnamento di stomatologia nella Scuola di stomatologia e curante primario negli Ospedali di S. Maria Nuova, è insignito della croce di cavaliere della Corona d'Italia. Congratulazioni.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirurgo, trentacinquenne, totalmente esente militare, lunga pratica cliniche, ospedali, sanatori, radiologo, conoscente lingue, assumerebbe supplenza in Roma, posto assistente privato, o adeguata occupazione. Scrivere a «Casella postale, 442, Roma».

Medico-chirurgo, già primario ospedale, titoli superiori, esente militare, cerca buon interinato. Rivolgere offerte: dott. K. K., farmacia Bucco, Pescara (Chieti).

MEDICINA SOCIALE.

L'azione dello Stato contro la tubercolosi.

Sono note le ampie e vive discussioni svoltesi nel nostro Parlamento per una azione di governo contro la diffusione della tubercolosi.

Il terribile male, sebbene tra noi sia meno diffuso che presso tutti gli altri paesi dell'Europa, tuttavia ha aggravato i suoi pericoli e le sue minaccie per effetto della guerra; i cui disagi fisici e morali determinano la manifestazione della forma più tipica del male stesso, moltiplicando quei «feriti del polmone» verso i quali è alto e imprescindibile dovere che si rivolgano le premurose provvidenze della Patria.

Agli affidamenti dati in Parlamento dal ministro dell'interno, on. Orlando, corrisponde un decreto legge firmato il giorno 25 u. s., col quale si può dire che s'inizi in Italia una efficace azione di Stato contro la tubercolosi.

Il decreto-legge tiene conto sistematicamente di tutti i lati della questione, ispirandosi al concetto di ottenere i massimi effetti coi minimi mezzi. Esso si propone una duplice forma di attività sovventrice dello Stato, diretta, rispettivamente, alla formazione di stabilimenti specializzati per il ricovero e la cura degli infermi di tubercolosi polmonare, specie se poveri, e alla istituzione e al funzionamento di mezzi di cura ambulatoria e di prevenzione.

A render possibile e facile la istituzione, non tanto di sanatori, quanto piuttosto di luoghi di cura più modesti, e di minori esigenze costruttive, sebbene muniti di tutti i congegni, che scienza e pratica dimostrano indispensabili per la funzione che debbono adempiere, il decreto-legge disciplina la concessione a provincie, a Comuni, a istituzioni di beneficenza e ad altri enti morali, di mutui di favore, con esenzione di interessi, e a lungo ammor-

tamento, entro il limite di lire 200,000 per ogni mutuo, e di lire 2,300,000 per ogni anno. Il che importa che per i dieci anni di validità del decreto-legge potranno esser concessi mutui per 23 milioni di lire, che possono elevarsi fino a 30 milioni per il cumulo dei benefici delle leggi già esistenti a favore della esecuzione di opere igièniche.

Inoltre, col decreto è stabilita la inscrizione annuale, nel bilancio del Ministero dell'interno, di un fondo di L. 600,000, destinato ad essere erogato in aiuto pel funzionamento degli ospedali per tubercolotici.

A intensificare, poi, e a completare le forme ambulatorie di assistenza e prevenzione sociale, il decreto assegna la somma annua di lire 500,000, con le quali prescrive siano da incoraggiare e integrare le iniziative dirette alla creazione e al funzionamento di dispensari antitubercolari e di centri diagnostici per l'accertamento di casi, oltre che di istituzioni di carattere sussidiario e complementare, quali ospizi marini, sanatorî marini, colonie alpine e montanine, scuole all'aperto.

Quale doveroso riconoscimento, poi, degli speciali obblighi del paese verso coloro che la tubercolosi hanno contratta in servizio militare di guerra, il provvedimento solennemente determina che la attività del Ministero dell'interno debba di preferenza rivolgersi alle istituzioni, che di quelli con speciale riguardo si interessano.

* * *

Il Consiglio superiore di sanità presso il Ministero dell'interno, nella sua adunanza del 25 luglio, votò il seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio rileva con viva soddisfazione che i propositi del governo per la lotta contro la tubercolosi si compendiano nei seguenti ordini di provvedimenti:

istituzione ed estensione di dispensari, di centri diagnostici e dei vari istituti igienico-educativi d'ordine scolastico, e di propaganda popolare, asili marini e montani temporanei e permanenti, ecc.;

estensione e nuova creazione d'opere ed istituti di assistenza speciale, anche a vantaggio dei valorosi nostri soldati resi invalidi dalla tubercolosi, in rapporto cogli obblighi contemplati dalla legge per gli invalidi di guerra;

rivolge un caldo plauso all'on. ministro Orlando che, compreso della necessità di assicurare al Paese nostro i beneficî di una più diretta ed efficace lotta contro la tubercolosi, ne ha apprestato i mezzi per l'immediata attivazione, con appositi, notevoli stanziamenti di bilancio, con la concessione di mutui ad interesse intieramente a carico dello Stato, per facilitare l'istituzione e l'esercizio di luoghi di cura per tubercolosi. E confida che per tal modo e con l'applicazione sempre più diligente delle provvidenze d'igiene generale e dei risanamenti dei luoghi abitati cittadini e rurali, s'inizi pel nostro Paese, una nuova e più feconda èra nel campo della difesa sociale contro la tubercolosi».

L'autorevole consesso, poi, collegialmente si recò dall'on. ministro Orlando, a presentargli tale deliberazione, che fu efficacemente illustrata dall'eminente presidente del detto Consiglio, senatore professor Golgi.

Rispose ringraziando con eloquenti parole l'onorevole ministro, il quale riaffermò i proponimenti dell'amministrazione dell'interno, di efficacemente condurre questa lotta, nell'interesse supremo delle condizioni sanitarie e sociali del Paese.

* * *

Riportiamo alcuni brani di un commento del prof. Sclavo a queste provvidenze. (*La Tribuna*, 31 luglio):

Si misurò il bisogno, cui urge provvedere, e si ottenne dal Tesoro una somma cospicua, senza danno d'altri servizi.

Buona parte di quel danaro dovrà essere subito destinato alla spedalizzazione dei tubercolosi, che la guerra ha aggravato nelle loro condizioni.

Si dovrà pure pensare a locali separati, di carattere sanatoriale, per i soldati affetti da forme leggere e guaribili di tubercolosi.

Cè da augurarsi che per le nuove costruzioni si evitino sperperi, mettendo i futuri lavori sotto una continuata e severa sorveglianza della Direzione Generale di Sanità. Tale Direzione tiene alla sua dipendenza un ufficio tecnico, che è tuttavia troppo ristretto per i bisogni ordinari del Paese. Ma tra i giovani ufficiali del Genio militare non dovrebbe essere difficile raccogliere buoni elementi tecnici da chiamarsi in servizio provvisorio presso il Ministero dell'interno.

Vorrei insistere sulla convenienza di obbligare nei sanatori i malati al lavoro — naturalmente leggero e attentamente sorvegliato — per ragioni economiche, morali e anche terapeutiche.

Sarà opportuno provvedere a disposizioni, che permettano facilmente di requisire e di espropriare locali e terreni, ritenuti idonei.

Bisogna che le popolazioni nostre accettino l'idea che i sanatori hanno l'ufficio di salvarci dalla tubercolosi, non quello di diffonderla.

Allo sviluppo dei sanatori in Italia nocque assai un pregiudizio, e fu quello che la creazione di tali stabilimenti dovesse esclusivamente dipendere dal sorgere delle Casse di assicurazioni contro le malattie e contro l'invalidità.

Non si seppe in tanti anni riflettere che gli ospedali comuni sostenevano ingenti spese per il ricovero di molti malati di tubercolosi iniziale, senza che nessun vantaggio venisse a questi infelici dalle cure ospedaliere ordinarie?

L'opera progettata dal ministro Orlando, merita ancora lode per altre ragioni, giacchè il problema antitubercolare vi è riguardato come una questione intimamente connessa con alcune istituzioni ad effetti generali, miranti a rinvigorire l'infanzia debole e gracile contro varie cause patogene, costringendola a sane abitudini di igiene.

Questo contenuto dei nuovi provvedimenti non è meno utile di tutto il resto, anche perchè procurerà facilmente alla lotta antitubercolare simpatie e favori presso il pubblico.

Se tanto presentemente ha fatto il Governo nostro, a doveri consimili si troveranno obbligati pure altri Enti e privati cittadini.

Non so porre termine a queste parole senza fare il voto che il Ministero della pubblica istruzione non si tenga estraneo al benefico lavoro che si sta per iniziare.

Il momento è propizio per favorire nelle scuole il culto dell'igiene, che troppo poco è ancora apprezzata là dentro.

L'on. Dore così commenta (*Il Messaggero*, 31 luglio-1 agosto): ... La classe medica intraprese e vinse una magnifica battaglia. Dimostrò al Parlamento e al Paese che, se le sorti del bilancio finanziario hanno capitale importanza nelle ore di guerra, non minore importanza — e per le ore della guerra e per i giorni del dopo-guerra — hanno i diritti della pubblica salute. E persuase un ministro dell'interno a carezzare la visione di una Italia rinnovellata dalla redenzione igienica. E persuase un ministro del tesoro a riconoscere sterili i suoi sforzi aritmetici se, più oltre dell'attivo puramente finanziario del bilancio, non sale in alto l'attivo del bilancio demografico del paese.

L'Inghilterra fu la prima ad iniziare la lotta contro la tubercolosi, costruendo sin dal 1841 il suo famoso Brompton Hospital; la Germania ebbe il primato nella creazione dei sanatori ideati da Hermann Brehmer; la Francia conseguì il primo posto nella istituzione dei dispensarî di Calmette. Noi non potevamo onorarci che degli ospizi marini di Giuseppe Barellai. Oggi ci poniamo innanzi, o alla pari delle altre nazioni.

Non parrebbe opportuno indugiarci ad esaminare le modalità di attuazione che furono studiate dai valorosi tecnici della sanità pubblica.

Oggi prevale nei cultori della medicina sociale il desiderio di unirsi al Consiglio superiore di sanità nella compiacenza per le linee fondamentali dei provvedimenti, e nel plauso per il ministro che li ha emanati.

Il Consiglio superiore ha pure fatto un voto perchè «diventi legge dello Stato l'assicurazione contro le malattie e la invalidità; e abbiano applicazione, sempre più diligente, le provvidenze di igiene generale e il risanamento dei centri abitati». Dobbiamo consentire anche in questo voto, ma estendendolo esplicitamente all'altra urgente necessità igienica che è la lotta contro la malaria.

L'on. Orlando non dovrebbe lasciare che passi indarno questo momento supremo, mentre le fatalità storiche che incalzano oggi, dolorosamente, contro i contadini sui campi della guerra, premeranno nei giorni della pace, senza dubbio, a loro favore. Rafforzando la nobilissima stirpe di questi eroi, che oggi glorificano la patria, l'on. Orlando consoliderà la maggior forza e assicurerà le migliori fortune della nostra nazione.

NOTIZIE DIVERSE

Le cause d'inabilità al servizio militare.

La «Gazzetta Ufficiale» ha pubblicato il nuovo elenco delle imperfezioni ed infermità che sono causa di inabilità assoluta permanente o temporanea al servizio militare o di inabilità assoluta alle fatiche di guerra epperò di assegnazione ai servizi sedentanei in modo permanente.

Dal nuovo elenco sono state soppresse molte affezioni morbose ed imperfezioni compatibili col servizio militare incondizionato o con i servizi sedentanei.

Per migliorate la panificazione.

Sono stati emanati un Decreto Luogotenenziale ed un'Ordinanza del Commissario generale per gli approvvigionamenti e consumi, che migliorano la forma e la qualità del pane, a datare dal 1º agosto.

Il grado d'abburattamento delle farine per la panificazione è ridotto dal 90 all'85 per cento.

Le disposizioni emanate avranno vigore così per i forni pubblici come per quelli privati.

La sorveglianza per l'applicazione delle disposizioni stesse è affidata, tra l'altro, ai medici provinciali ed agli ufficiali sanitari. A cura specialmente degli ufficiali sanitari devono essere eseguite frequenti ispezioni per prevenire e reprimere possibili adulterazioni e constatare eventuali alterazioni.

È morto a Parigi in età di 62 anni il Prof. ALBERT MATHIEU, gastro-enterologo di fama mondiale.

Ha pubblicato varî apprezzatissimi trattati, di cui alcuni tradotti in italiano. Ha fondato gli «Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition». Ha esplicato la sua attività anche nel campo sociale; a lui si deve, a titolo di esempio, la «Ligue française pour l'hygiène scolaire». Semplice professore *agrégé*, seppe formare una Scuola: fu un maestro incomparabile.

Indice alfabetico per materie.

Albumina: dosamento approssimativo nelle urine . . . . Pag. 989
Edema dei reni . . . . » 994
Ferite con lesioni della faccia e dei mascellari . . . . » 991
Nefrite azotemica: trattamento dietetico » 925
Nefriti: azione dei diuretici . . . . . » 995
Nefriti nelle truppe operanti . . 977, 986, 994, 995
Nefriti: sintomi gastrici . . . . Pag. 994
Nefriti: uso del salvarsan . . . . . . » 996
Servizi sanitari campali . . . . » 991
Tubercolosi: azione dello Stato . . . . » 1000
Ufficiali medici: nè equivoci nè discordie » 998

Roma, 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, resp.

Anno XXIV. *Roma, 12 agosto 1917* Fasc. 33

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: E. Trocello: L'eterizzazione nel mutismo, nella disfonia e nella tachipnea di natura isterica. — **Osservazioni cliniche**: L. G. Gazzotti: Frattura parcellare da strappamento del grande trocantere. — **Medicina sociale**: Le nuove provvidenze statali contro la tubercolosi. — **Accademie, Società mediche, Congressi**: XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Appunti di medicina pratica: SEMEIOLOGIA: Il singhiozzo nelle affezioni dell'apparato cardio-vascolare. — Sintomi ascoltatori nelle ferite dei vasi. — TERAPIA: Sulla applicazione della paraffina in terapia. — MEDICINA SCIENTIFICA: Nuovi studi dell'afta epizootica. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.** — **Varia**: Sulle correnti elettriche emanate dal corpo umano

Nella vita professionale: G. Mendes, Pangloss: Per l'equo trattamento agli ufficiali medici. — Cronaca del movimento professionale. — **Amministrazione sanitaria**: Consiglio Superiore di Sanità. — Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA NEUROPATOLOGICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretta dal prof. G. MINGAZZINI.

L'eterizzazione nel mutismo, nella disfonia e nella tachipnea di natura isterica

per il dott. E. TROCELLO.
maggiore med. R. Marina.

Due malati occorsici in clinica, si offrono ad alcune considerazioni terapeutiche sulla cura delle manifestazioni laringee dell'isterismo; dall'analisi del modo d'insorgere di queste, scaturiscono alcune osservazioni patogenetiche sui sintomi laringei stessi; infine uno dei casi ci dà il modo di richiamare l'attenzione su di un criterio utilizzabile a decidere sulla simulazione o meno d'una disfonia. Cosicchè riteniamo opportuno riferire le due storie cliniche colle considerazioni suddette.

I.

STORIA CLINICA (6 febbraio 1917). — L... C..., di anni 26, donna di casa. È afona in modo completo. Il marito ci informa che ella ebbe tre parti fisiologici, nessun aborto. Non beve vino; non sofferse malattie degne di nota fino a cinque mesi fa quando, due mesi dopo l'ultimo parto, ebbe una rilevante metrorragia; le regole d'allora ricorsero durante vari mesi molto abbondanti ed ogni quindici giorni; esse, insieme all'allattamento esercitato dalla donna, produssero un deperimento generale ed in ispecie disturbi notevoli della sanguificazione.

La paziente cominciò così ad accusare disturbi nervosi consistenti in dolori di capo, in parestesie diffuse, cardiopalmo. Quindici giorni or sono, una mattina, dopo essersi levata di letto, all'improvviso fu colta da tremito generale, non potè più parlare e cominciò a respirare affannosamente. Tali sono le notizie che sole si possono raccogliere sulla infermità recente della paziente, col mezzo del marito, il quale non assistè all'inizio ed al decorso della malattia ma tali notizie ebbe da parenti.

Le notizie anamnestiche particolareggiate, che seguono, furono raccolte poi direttamente dalla donna quando ella potè parlare. Soggetto privo di tare psico e neuroereditarie; costituzione intellettuale e morale buona; fino a 7 mesi fa, nessuna esagerata reattività emotiva, non mutabilità di umore, non irritabilità; insomma nessun disturbo psichico, come del resto anche di ordine somatico, che tradisse una nevrosi latente. Le abbondanti metrorragie e l'allattamento produssero debolezza tale che la malata non riusciva spesso a tenersi in piedi; comparve molesta sensazione di battito e peso nella regione del vertice, accessi di tachicardia, insonnia. Tali erano le condizioni della paziente quando, un mese fa in coincidenza della morte del bimbo per difterite, si acuirono notevolmente i disturbi, in ispecie l'insonnia. I sonni brevi divennero spesso tormentati da sogni penosi, risvegli di soprassalto, paure. Ciò avvenne specialmente la notte cui seguì la perdita della favella (15 giorni or sono); la paziente si svegliò con tremori vivaci generali, tanto che la madre dovè afferrarla e tenerle fermi gli arti inferiori per far cessare le scosse violente. La mattina dopo essersi levata di letto, all'improvviso, fu colta da sensazione di forte freddo, da tremore generale, da singhiozzo; si sentì strappare il cuore, avvertì una forte stretta nel petto, non potè più parlare. Nei tentativi di proferir parola tali sensazioni si esacerbavano. Da allora, ossia durante questi ultimi 15 giorni, il mutismo ed il respiro frequente, si mantennero invariati; soltanto il singhiozzo cedè al secondo giorno.

Status. — Buono sviluppo scheletrico e muscolare; cute di colorito bruno-pallido; mucose visibile pallidissime. All'esame dell'apparecchio del respiro si riscontra: atti respiratori 39 al minuto primo, rumorosi, in grande prevalenza di tipo costale. Durante l'osservazione non si notano interruzioni o variazioni di intensità negli atti respiratori stessi. L'ascoltazione del torace fa rilevare soltanto una certa asprezza inspiratoria nella regione dei grossi bronchi. Limiti polmonari fisiologici. Cuore nei limiti normali con toni netti. Polso regolare, 85 battiti al minuto. Negativo l'esame obbiettivo degli organi addominali. Urine normali.

Neurologicamente: normale l'oculomozione ed i movimenti del VII° e del XII°. La paziente presenta mutismo ed afonia; ogni tentativo ch'ella fa per emettere od articolare alcun suono, riesce vano; da lei si può ottenere soltanto qualche colpo di tosse sonora. Invitata a scrivere, non appena accosta la penna alla carta, la mano viene colta da un tremore grossolano che impedisce la scrittura; nel contempo la paziente con gesti della mano sinistra sul petto e con la mimica facciale accenna ad una insorgente penosa sensazione di costrizione retrosternale. La paziente comprende i comandi sia elementari che complessi che le si dànno e così pure tutte le domande ed i comandi che le si presentano in iscritto.

Integri i movimenti passivi ed attivi negli arti superiori ed inferiori, nei quali la forza muscolare è ben conservata. Riflessi iridei pronti; riflesso faringeo presente; riflessi tendinei superiori deboli; rotulei ed achilei piuttosto vivaci ed uguali nei due lati.

L'esame della sensibilità generale, superficiale e profonda, nonchè di quella epicritica (per quel tanto che il mutismo della paziente permette di praticare) nulla fa riscontrare di notevole. Anche i sensi specifici sono normali. Psichicamente la paziente si dimostra bene orientata quanto a tempo e luogo; percepisce rapidamente, non presenta alcun disturbo della memoria dei fatti vicini o lontani. Tutto ciò si riesce a stabilire rivolgendo domande cui la malata possa rispondere a gesti. Nessuna traccia di sifilide nè in atto nè pregressa.

La natura funzionale dei due disturbi, mutismo e tachipnea, s'impone alla diagnosi. Per il mutismo depongono particolarmente: *a*) il modo d'insorgere, improvviso, brusco, durante una crisi motoria generale in soggetto manifestamente affetto da sindrome psico-nevrosica; *b*) la presenza dell'afonia insieme al mutismo e la sonorità della tosse; l'assenza di disturbi della intelligenza, d'ogni disturbo afasico-sensoriale; *c*) l'assenza di sintomi d'intossicazione endogena (diabete, gotta, elmintiasi, ecc.) od esogena, e di sintomi epilettici (afasia post-epilettica).

A sostegno dalla natura funzionale del disturbo respiratorio valgono le seguenti considerazioni. Nelle malattie encefaliche e midollari organiche, si osservano anormalità di frequenza del ritmo respiratorio le quali in generale costituiscono un disturbo dipendente direttamente da alterata funzionalità del centro respiratorio. Tra esse anormalità si hanno tipi definiti di respirazione patologica quale il respiro del Biot o meningitico (a pause respiratorie spiccate e periodiche) e quello del Cheyne-Stokes (pause lunghe associate a fenomeni del polso, a variabile frequenza e rapidità degli atti respiratori). Presuppongono condizioni gravi e quasi generalmente consistono in oligopnea, a simiglianza dei disturbi respiratori che si riscontrano abitualmente in altri gravi processi morbosi: uremia, coma diabetico, infezioni gravi, speciali avvelenamenti. Facilmente, ovviamente, possiamo nella nostra inferma escludere tali stati patologici. Invece, l'aumentata frequenza respiratoria è nella maggior parte delle volte determinata da accresciuto bisogno di ossigenazione del sangue ed è quindi una vera dispnea. Orbene, le varie forme di

questa possono nel nostro caso facilmente venire eliminate dalle considerazioni che seguono.

Un ostacolo meccanico delle prime vie respiratorie (per lo più esso conduce ad un respiro lento e anormalmente profondo, ma quando le forze respiratorie non giungono a superare l'ostacolo mena ad una respirazione affrettata e perciò superficiale), un ostacolo a carico delle tonsille, faringe, glottide, laringe, trachea, grossi bronchi, ci pare inammissibile inquantochè, a parte l'assenza della cianosi la quale può mancare se l'ostacolo non è molto grande, mancano la retrazione caratteristica inspiratoria delle parti cedevoli del torace, del giugolo, delle fosse sopraclavicolari, dell'epigastrio, ed il rumore, lo stridore causato dal passaggio dell'aria attraverso il punto stenotico, specie durante la inspirazione. Del pari si può escludere la dispnea dell'asma bronchiale, ad espirazione prolungata, a rumore stridulo principalmente espiratorio ad intero attacco o ad esacerbazione, accessionali. Nella paziente la tachipnea dallo inizio conserva una intensità costante soltanto interrotta transitoriamente da una maggiore accelerazione in rapporto a cause manifestamente emozionali. L'assenza di quei caratteri medesimi nella espirazione, depone inoltre contro la dispnea da bronchite e da enfisema polmonare delle quali affezioni mancano del resto altre ovvie note cliniche. Note cliniche assenti anche per riguardo a tutti quei processi patologici che infiltrano il parenchima od impediscono comunque l'anormale espansione polmonare e la cui conseguenza è quella di limitare la quantità di aria introdotta ad ogni atto respiratorio nei polmoni (induramento del parenchima, limitazione dello spazio endotoracico, crampo o paralisi dei muscoli respiratori). A proposito di questi ultimi disturbi muscolari conviene osservare che la paralisi del diaframma, qualunque ne sia la causa, produce un tipo di respirazione puramente costale ed in breve mena a spostamenti dei margini polmonari inferiori e spesso ad enfisema, atelectasia, fenomeni di ipostasi, ecc. Nella contrattura del diaframma, qualunque sia la malattia nella quale essa si osserva, la parte inferiore toracica non respira; è nelle sezioni superiori polmonari soltanto, che si riscontrano forzate e celeri inspirazioni; non mancano inoltre fenomeni asfittici. L'assenza della nefrite e della febbre ovviamente esclude la dispnea uremica e la dispnea febbrile. Così devesi escludere che l'alterata crasi sanguigna sia la causa del disturbo respiratorio; nelle anemie gravi la dispnea è costituita da respiro affrettato e tuttavia profondo al massimo grado ed è in manifesto rapporto con l'affaticamento fisico. Eguale esclusione spetta alla dispnea da perturbamenti generali della circolazione (asma cardiaco, ecc.), poichè l'esame del cuore e dei vasi risulta negativo e manca ogni conseguenza di lesione cardiaca sull'apparecchio del respiro (stasi, rigidità polmonare, induramento bruno, ecc.). Infine da escludersi è ancora la tachipnea disendocrinica, che possiamo riscontrare nell'ipertiroidismo. Di questo nella nostra paziente manca ogni segno clinico.

Riconosciuta la natura funzionale del mutismo e della polipnea, oltre che fornire le indicazioni terapeutiche generali che usiamo nella clinica suggerire per l'isterismo, ci convenne tentare di debellare il sintomo, che penoso ed inquietante riusciva in sommo grado per la paziente, il mutismo. E considerata l'impossibilità del ricovero in clinica, la scelta cadde su di un metodo rapido, *ambulatorio* come s'usa dire: il metodo della narcosi eterea.

Si affermò recisamente alla paziente che la si farebbe parlare e con una certa *mise en scène* ci si apparecchiò e si procedè alla eterizzazione per la quale in pochi minuti la paziente perdè ogni conoscenza (dopo la somministrazione di cmc. 20 di etere). Ottenuto tale leggero stato di narcosi ci si arrestò nella somministrazione dell'etere e nell'attesa del ripristino della coscienza, si rivolsero domande e comandi imperiosi alla malata. Intanto lo stato polipneico è cessato. Durante il risveglio si hanno alcuni conati di vomito ed incominciano ad essere proferiti i primi suoni articolari: te.. te.. sta; cuo.. cuo...re. Non si ristà un momento dal provocare risposte nella paziente. Il respiro è divenuto ritmico, 12 atti al minuto. Durante una mezz'ora la paziente presenta una certa bradilalia e un evidente scandimento nel linguaggio, poi riacquista l'uso normale della parola; ogni sofferenza è dileguata se si toglie una modica sensazione di nausea e di vuoto al capo. La donna ci dice di essersi assoggettata volentieri e fidenti alla narcosi; di avere per questa ben presto perduta ogni conoscenza e di rammentare il risveglio come una sensazione di stordimento, libera dalla strettura sternale; permanenti soltanto le sofferenze a carico del capo e del cuore delle quali manifestamente ella si lagnava coi primi suoni articolati emessi: testa, cuore.

Status del 9 febbraio 1917. — La paziente dopo l'eterizzazione, per 36 ore ha presentato respirazione di ritmo e frequenza normali; poi gradatamente il respiro si è nuovamente reso frequente e tale è anche presentemente (32 atti al minuto primo). Durante il sonno tale distur-

bo è però ora assente. Il linguaggio è ritornato normale del tutto; la paziente dorme ora placidamente, è tranquilla. L'esame laringoscopico dimostra la possibilità di una completa adduzione ed abduzione delle corde vocali; si nota soltanto una lieve incoordinazione in manifesto rapporto con la polipnea.

II.

STORIA CLINICA (8 marzo 1917). — F... A..., di anni 24, soldato di fanteria, da borghese contadino. Modico bevitore; nega lues; nessuna malattia degna di nota prima della presente infermità. Nessuna tara ereditaria nervosa. Era da varî mesi alla fronte, in alta montagna, esposto alle pioggie, al gelo, quando una mattina del gennaio scorso, si svegliò, dopo aver dormito tranquillamente tutta la notte, con una violenta sensazione di costrizione retrosternale ed in corrispondenza del laringe e della trachea. Respirava affannosamente, era completamente afono. Mi sembrava di morire, dice il paziente. Il medico del reggimento lo inviò all'ospedale ove furono applicati forti revulsivi senapizzati al laringe, inutilmente. La tachipnea dopo due giorni andò rapidamente migliorando e si risolse in breve. L'afonia completa perdurò circa quindici giorni; una mattina il paziente, svegliandosi, con grande meraviglia s'accorse che poteva esprimersi in modo completo, soltanto però a voce bisbigliata. Tale disfonia non si è poi più mutata e permane ancor oggi. Durante i primi tempi di degenza all'ospedale da campo, il paziente presentò sintomi di congelamento al piede sinistro, i quali da una settimana sono risolti in modo completo. Nel febbraio scorso egli fu ricoverato successivamente in varii ospedali da campo ed i sanitari riscontrarono all'esame dell'apparecchio respiratorio « respiro aspro e sfregamento pleurico a destra ». Presentemente il paziente oltre la disfonia non accusa altro che una sensazione di debolezza generale ed intermittentemente qualche cefalea. Non praticò alcuna cura speciale in rapporto alla disfonia all'infuori delle senapizzazioni ricordate.

Status. — L'oculomozione, sia alla esplorazione mono che bioculare è normale. Altrettanto la funzione del VII° e del XII°. Palato molle, in posizione normale, mobile egualmente nei due lati. Le tonsille sono ipertrofiche, iperemiche modicamente come la parete posteriore del faringe, la quale è ricoperta da un secreto mucoso. Notevole ipofonia; nessun disturbo disartrico o disfasico.

Normali i movimenti passivi ed attivi del capo, del tronco, degli arti superiori ed inferiori; nei quali trofismo e forza muscolari sono normali. Deambulazione normale.

Pupille eguali, di ampiezza media, ben reagenti alla luce ed alla accomodazione. Riflessi mandibolare e masseterino pronti; altrettanto dicasi dei tendinei superiori, dei rotulei, degli achillei che sono eguali nei due lati. Riflessi congiuntivale e corneale pronti; faringeo quasi abolito sia a destra che a sinistra. Riflessi addominali e cremasterici pronti; plantare debole bilateralmente con alluci silenziosi.

Sensibilità termica tattile, dolorifica, pallestesica ben conservata. Batiestesia, senso stereognostico normali. Nessun disturbo per l'odorato, il gusto, l'olfatto.

Visus: OD $= \frac{5}{6}$; OS $= \frac{1}{2}$ Campo visivo con lieve riduzione concentrica bilaterale pel bianco, per il rosso ed il verde. Colori ben percepiti sia a D. che a S.

Esame laringoscopico (prof. Bilancioni): Iperemia di tutto il vestibolo laringeo e delle corde vocali vere e false. Movimenti di adduzione e abduzione normali. Diminuita la sensibilità tattile e dolorifica del faringe e della laringe. Faringite catarrale cronica.

Il repertó fornitoci dall'esame laringoiatrico non ha per certo messo in evidenza lesioni organiche tali che giustifichino la notevole disfonia del paziente; così non troviamo in tutto l'esame neurologico fatto alcuno che possa farci supporre e farci discutere una lesione organica extralaringea. Invece, tre osservazioni della storia clinica ci sono preziose per metterci sulla via della diagnosi di natura, del sintoma fonetico, il quale costituisce l'unico disturbo del malato: *a*) il modo d'insorgere, il decorso della disfonia; *b*) la quasi abolizione del riflesso faringeo; *c*) il restringimento concentrico bilaterale (sia pur lieve) del campo visivo.

Il paziente si risvegliò un mattino con una violenta sensazione di costrizione alla gola, afono, tachipneico. Per varie settimane egli non potè emettere suono alcuno; poi ad un tratto potè nuovamente parlare, quantunque soltanto con voce bisbigliata. Questa disfonia si mantenne e permane ancor oggi, invariata. Orbene, tale modo di insorgere, di tramutarsi e di decorrere del disturbo mentre assente è ogni altro sintoma subbiettivo ed obbiettivo, depone per la natura funzionale del disturbo stesso. Natura funzionale, isterica, per la quale depongono anche i due altri sintomi obbiettivi ricordati.

Ciò che conviene vagliare prima di riconoscere isterica la disfonia si è la possibilità di una simulazione del disturbo. La quasi abolizione del riflesso faringeo, la riduzione concentrica bilaterale del campo visivo (non simulata perchè prove ripetute saltuariamente nei varii meridiani diedero le medesime riduzioni perimetriche), sono di già argomenti contrarii alla ipotesi della simulazione. Altrettanto si dica del decorso punto saltuario della disfonia, della costanza dei caratteri della voce (altezza, timbro) che non è facile mantenere e che nelle varie nostre osservazioni abbiamo sempre riscontrata nel paziente. Infine particolarmente interessante, quasi decisiva, ci appare una osservazione fatta durante il tentativo curativo praticato per combattere la disfonia. Abbiamo

sottoposto il paziente alla eterizzazione e raggiunta una narcosi non profonda; oltrepassammo il periodo di eccitamento raggiungendo la fase iniziale di rilasciamento muscolare. S'ebbe vomito abbondante. Orbene durante tutto il tempo nel quale si è espletata più o meno l'influenza paralizzante dell'anestetico sulla corteccia cerebrale, il paziente ha continuato a rispondere alle nostre domande o a sussurrare parole sconnesse, nello stesso modo disfonico proprio dello stato di veglia. Cosicchè l'eterizzazione, se fallì allo scopo curativo del sintoma isterico, valse a fornirci un argomento in favore della natura patologica della disfonia.

EPICRISI. — Innanzi di soffermarci sui risultati ottenuti dalla eterizzazione, non ci sembra fuor di luogo ed inopportuno mettere in rilievo alcune osservazioni tratte dalle due storie cliniche, e relative alla patogenesi dei maggiori sintomi somatici riscontrati.

Nella prima paziente la sensazione retrosternale di costrizione, cronologicamente corrispose alla comparsa degli altri tre sintomi somatici squisitamente isterici, la tachipnea, il mutismo, il singhiozzo. La paziente ci narra che all'improvviso fu colta da detta sensazione di costrizione, da affanno, da singhiozzo e che da quel medesimo momento non potè più proferire parola; ad ogni tentativo di parlare, si sentiva serrare il petto, strappare il cuore. Tale sensazione di costrizione, che possiamo raffrontare al bolo isterico, fosse consistita in un disturbo sensitivo oppure in un fenomeno spastico dell'esofago, coll'insorgere improvviso, dovè provocare nella paziente la sensazione di strozzamento ossia d'ostacolo alla respirazione e alla fonazione. Pensiamo che tali rappresentazioni mentali abbiano, sia pure fuggevolmente, attraversato la coscienza della paziente ed originato la dispnea soggettiva ed il mutismo. È negli stati di ipersuggestività che le immagini mentali si traducono rapidamente in reazione; orbene tale stato di accentuata suggestività doveva esistere nella malata quando insorsero il mutismo e la tachipnea: lo si deduce dal tipo dei disturbi psichici che ella già presentava da qualche tempo, dalla palese esistenza di esso stato di ipersuggestività anche durante il nostro esame. Cosicchè da un disturbo sensitivo o spastico, già di ordine isterico, su di un terreno di esagerata suggestività, sarebbero insorti i due maggiori sintomi: mutismo e tachipnea. Però se nella sfera somatica, soltanto con la comparsa di questi sintomi e del singhiozzo, ci si palesano fenomeni chiaramente isterici, i disturbi psichici precedenti già dovevano far supporre che la malata trovavasi in istato di squilibrio nervoso.

La donna prima dell'ultimo parto aveva trascorso la vita tranquillamente senza presentare disturbi nervosi rilevabili. Con le metrorragie copiose e frequenti, oltrechè per opera dell'allattamento, progressivamente andò raggiungendosi un grave stato di deperimento organico e di anemia. Ed insorsero i primitivi disturbi nervosi più sopra rammentati: parestesie precordiali, tachicardie, sensazione di spossatezza generale, facile stanchezza al lavoro fisico, insonnia; sintomi tutti che insieme al pallore della cute e delle mucose visibili, dovevano ragionevolmente far supporre si trattasse di uno stato nevrastenico sulla base di un grave deperimento organico. È soltanto da un mese e poco più a questa parte che la paziente peggiorò, divenne irritabile come mai era stata, di umore facilmente e rapidamente mutevole; i suoi sonni si fecero ancor più brevi e radi accompagnandosi a sogni penosi, a risvegli di soprassalto; patofobie ed ossessioni presero stabile, molestissimo dominio della psiche della malata. Tutto ciò fino alla crisi esplosa improvvisa e provocatrice del mutismo e degli altri sintomi somatici tipicamente isterici. Pertanto, vediamo tratteggiati nella anamnesi, un primo e più lungo periodo (circa 4 mesi) con fenomeni sensitivi e motori proprii della nevrastenia ed un secondo periodo tipicamente psicastenico. Afferma recisamente la malata, consente il marito, che il mutamento, l'aggravamento, si iniziarono colla morte del figlioletto. Cosicchè troviamo all'inizio dei disturbi d'ordine squisitamente psichico, sovrappostisi, una grave occasione di trauma emozionale; fatto punto trascurabile in tema d'isterismo.

Lo Charcot riconosce alle emozioni morali intense un posto preponderante tra gli agenti provocatori dell'isterismo; soltanto provocatori inquantochè l'unica dominante etiologica della nevrosi è l'eredità. Ciò che l'emozione rappresenta nei concetti patogenetici del Moebius sull'isterismo, si deduce dalla concezione stessa di questo autore relativa alla psiconevrosi: le morbose alterazioni somatiche della malattia vengono determinate da rappresentazioni mentali; l'isterismo è la malattia della rappresentazione. Così il Kraepelin riconosce essere la manifestazione dei fenomeni isterici, dovuti in gran parte agli eccitamenti emotivi. Per il Bernheim le crisi isteriche costituiscono una reazione psicodinamica esagerata di origine emotiva; si determinano in soggetti che hanno un modo di reagire speciale ed esagerato di fronte

a certe emozioni; l'isterismo è un riflesso emotivo e niente più, ed un elemento emotivo si trova ad ogni crisi isterica. Sommo è per la dottrina psicoanalitica del Breuer e del Freud, il valore del trauma psichico: a questo sono connesse le più svariate manifestazioni della nevrosi; esso, penetrato nella coscienza, manterrebbe il suo valore emozionale e le sue proprietà isterogene (ciò all'infuori delle ultime convinzioni cui giunse il Freud, per le quali la patogenesi dell'isterismo si compendia in un trauma psichico sessuale). Pel Dejerine il valore dell'emozione è confinato alle sole sensazioni improvvise che colpiscono il soggetto in piena quiete cerebrale. Pel Babinski invece, la sola emozione di qualunque intensità essa sia non è capace di generare i disturbi isterici. Afferma egli che quando una emozione profonda, sincera, scuote l'anima umana, non v'è posto per l'isterismo; le emozioni intense anzi impediscono lo sviluppo dei fenomeni pitiatici, ai quali essenzialmente egli rapporta gli episodi isterici; ne impediscono la comparsa alla stessa guisa che se violente, sono capaci di farli scomparire. A sostegno della sua tesi il Babinski fa rilevare non esservi rapporto tra intensità dei disturbi isterici e gravità dell'emozione ritenuta provocatrice di essi; le emozioni più vive dovrebbero essere rintracciate nei malati sofferenti di accidenti isterici e questi dovrebbero presentarsi tanto maggiori, e tenaci, resistenti alla cura psicoterapica, quanto l'emozione risultasse più profonda. E ciò invece non succede. Però, pur negando alle emozioni ogni potere di generare i disturbi isterici, il Babinski ritiene ch'esse, indebolendo il senso critico del soggetto, possano preparare lo spirito alla suggestione. L'azione loro risulterebbe perciò soltanto indiretta e tutt'altro che necessaria. Pel Tanzi primeggiano le emozioni tra gli stimoli che provocano le emozioni paradosse dei centri nervosi dell'isterico.

Cosicchè, il fattore emozione il quale per gli autori citati assurge a valore patogenetico ora fondamentale, ora, e sia pure, occasionale, nel nostro caso non può essere considerato come un fortuito avvenimento. Lo troviamo coincidere col mutamento di scena avvenuto nel decorso clinico della malattia, iniziare una serie di disturbi di natura indubbiamente psicastenica che conviene riconoscere isterici anche perchè culminarono in coincidenza dell'insorgere di una sindrome somatica classica d'isterismo; associati a questa perdurarono e mitigaronsi colla terapia impiegata a debellare completamente il mutismo e parzialmente la tachipnea.

Non converremmo però con chi volesse riconoscere al trauma psichico occorso nella nostra malata, la causa prima della insorgenza delle manifestazioni isteriche. Il deperimento organico grave provocato dalle emorragie e dall'allattamento, stette sicuramente a base dei primitivi disturbi nervosi (a tipo nevrastenico) e ad esso non si può disconoscere anche una influenza nella successiva sindrome psicastenica sopraggiuntasi. Riconoscendo, come volle lo Charcot, valore di agente provocatore tanto all'emozione morale intensa quanto al deperimento fisico (a traverso uno stato di esaurimento nervoso), nel nostro caso troviamo occorrere successivamente i due elementi, giungere cioè per lo meno ad un minimo di provocazione, necessario e sufficiente per la manifestazione della sindrome isterica.

Traumi fisici, traumi sessuali, come pure il fattore imitazione, sono da escludersi nel caso in esame. La paziente nega esserle occorso alcun accidente traumatico sia pure lieve: nega di aver veduto o udito narrar di malati di mutismo o di affanno. Concordano in ciò le investigazioni praticate presso il marito. Così ci risulta che la donna visse sempre, anche da bambina, nella fisiologica quiete sessuale. L'ultimo parto avvenne a termine, fisiologico come il precedente; nei due mesi successivi la donna stette bene e fu solo in seguito allo stabilirsi di metrorragie abbondanti che cominciò lo stato anemico il quale soltanto più tardi condusse ai primi disturbi nervosi. Contro l'ipotesi di una simulazione cosciente dei disturbi stanno la mancanza d'un decorso saltuario variabile e con comparse accessuali (durante 15 giorni) dei sintomi mutismo e tachipnea (permanente anche durante il sonno); inoltre depone negativamente, la guarigione di questi sintomi stessi, a mezzo della eterizzazione.

Pertanto, riassumendo, nella nostra paziente s'ebbe: metrorragie ed allattamento provocanti uno stato anemico ed un deperimento organico grave; susseguente insorgere di disturbi nevrastenici, sintomatici, sensitivo-motori; trauma psichico a carattere emozionale e consecutiva sovrapposizione di una sindrome di tipo psicastenico durante la quale insorsero improvvisi i sintomi somatici isterici.

Nel secondo paziente troviamo che l'afonia insorse, a simiglianza di quanto occorse nella prima malata, in coincidenza d'una sensazione violenta di costrizione retrosternale. Ed anche in questo malato che avvertì il disturbo come una sensazione di strozzamento, s'ebbe tachipnea grave, durante due giorni. Quindi non è

fuor di luogo ripetere l'osservazione che mutismo e tachipnea appaiono chiaramente in diretta dipendenza del fenomeno retrosternale sensitivo o forse meglio, spastico, il quale violentemente assalì i due pazienti. E in conseguenti, sia pure fuggevoli, rappresentazioni mentali delle ovvie conseguenze dello strozzamento (impossibilità di respirare e di parlare), tradotte rapidamente in reazioni, si può riconoscere parte del meccanismo patogenetico della tachipnea e del mutismo. Almeno questa ci appare una delle ipotesi probabili.

Nella cura dell'afonia e del mutismo isterici furono proposti e tentati con maggiore o minore fortuna i mezzi più svariati: applicazioni di corrente faradica o galvanica all'esterno od all'interno della laringe; il massaggio laringeo; irritazione meccanica o chimica (con polveri o soluzioni) nella laringe stessa; la compressione della regione laringea in vari modi (anche come consiglia il Citelli esercitata allo improvviso fino a provocare dolore e grida), le manovre della laringoscopia (le quali spesso diedero buoni risultati). Così furono usati gli eccitanti per via interna (il Gualdi suggerì l'assa fetida); la provocazione, nei pazienti, di vive emozioni, spaventi; si impiegò la suggesione allo stato di veglia e durante il sonno ipnotico. Recentemente, dall'inizio della guerra, neurologi e laringoiatri ebbero largo campo di osservare e curare casi di mutismo e di afonia isterici e la varietà dei metodi terapeutici si arricchì ancor più. Con successo il Lombard ed il Baldenwech in Francia usarono il metodo della soppressione del controllo uditivo della voce; nel sordomutismo, funzionale s'intende, raccomandato venne l'uso dei vomitivi dal Lorthat e dal Buvat. Inoltre impiegato fu un metodo di vecchia data, menzionato dall'Hutchinson nel 1820 e che il Fazio illustrò dalla cattedra di Napoli oltre 20 anni fà: la eterizzazione. La scuola laringoiatrica di Napoli nel decorso anno rese noti varii successi ottenuti con tale mezzo: il Massei (1) dichiara mirabili gli effetti dell'eterizzazione, pur riconoscendo la incostanza dei buoni risultati. Qualche altro successo molto recentemente fu comunicato da altri allievi della scuola napoletana (2). Al proposito il Fazio fece notare che la eterizzazione riesce più sicuramente nei casi di mutismo anzichè nei casi di disfonia; il Massei ascrive la refrattarietà individuale al tipo eretistico della forma isterica. Fra le narcosi converrebbe l'eterea poichè col primo stadio più lungo, rispettó al cloroformio, presenterebbe meglio «la successione dell'influenza paralizzante sulla corteccia cerebrale». Pochi grammi d'etere ed un tempo di pochi minuti sono sufficienti per applicare il metodo col quale non è necessario raggiungere uno stato narcotico profondo.

Però di riscontro ai risultati lusinghieri, troviamo di già riferiti parecchi insuccessi. Il professor Agostini che dirige a Perugia il Centro neurologico militare dell'Umbria, ebbe a riferire al direttore della nostra Clinica, professore Mingazzini, che, per quanto ripetutamente esperimentasse il metodo dell'eterizzazione su soldati divenuti muti in seguito ad emozioni di guerra, mai ottenne successo di sorta. Il Moriondo (1), riporta numerosi casi di soldati affetti da mutismo od afonia o sordità di natura isterica, nei quali impiegò la narcosi; in uno soltanto ebbe successo completo, in un altro riuscì a trasformare il mutismo in disfonia.

Pur tuttavia in considerazione dei successi riportati, in considerazione della mancanza di severe critiche al metodo per insuccessi o nocumento comunque ai pazienti, abbiamo praticata la eterizzazione nei due pazienti dei quali è riportata la storia. Nella donna, muta, afona, il risultato non poteva essere migliore; esso valse anche a debellare lo stato polipneico che s'accompagnava al mutismo. Purtroppo, trentasei ore dopo la sua scomparsa la polipnea ricomparve e presso a poco colla primitiva intensità. Il miglioramento definitivo consistè soltanto nella scomparsa di essa durante il sonno; prima della eterizzazione il respiro era egualmente affrettato nel sonno e nella veglia.

Nella tachipnea isterica, la suggestione, la educazione del respiro, l'isolamento del malato così come i calmanti, l'idroterapia, calda, il riposo continuato, furono a volta a volta tentati e consigliati. La forma invero, a giudicare dai risultati riferiti, si mostra ribelle quanto ed ancor più del mutismo, sia all'uno che all'altro dei metodi. L'eterizzazione non fu, a quanto ci consta, mai tentata; orbene il nostro caso con risultato molto lusinghiero in primo tempo e parzialmente favorevole in seguito, rappresenta un incoraggiamento a ritentare la prova. Il metodo della eterizzazione che, come

---

(1) MASSEI. *La cura dell'afonia e del mutismo isterico con la eterizzazione.* (Archivii italiani di larigologia, 10 luglio 1916).

(2) ROSSI-MARCELLI. *Ancora sulla cura della afonia e del mutismo isterico con la eterizzazione* (Archivii italiani di laringologia 10 ottobre 1916).

(1) MORIONDO. *Sulla narcosi generale come mezzo di guarire il mutismo, l'afonia e la sordità di natura isterica.* (Archivio italiano di otoiatria, fasc. V, 1916).

dice il Massei, è meritevole di venir sperimentato anche nei casi di sordità funzionale di origine centrale, secondo noi altrettanto è meritevole di essere impiegato nella tachipnea isterica. E ciò riteniamo, se non in base a considerazioni sulla comunità di patogenesi intima dei varii sintomi isterici (mutismo, sordità, tachipnea), la quale ci appare tutt'altro che accertata, in base ai risultati pratici favorevoli ottenuti nel nostro caso.

Nel secondo paziente l'eterizzazione non rispose affatto allo scopo; ciò concorda con quanto già il Fazio notò ed il Massei ed altri confermarono, ossia che il metodo risponde meglio nei casi di mutismo che in quelli di disfonia.

Pertanto, l'eterizzazione ci si palesa quale un mezzo terapeutico innocuo, di facile applicazione e di risultati spesso molto lusinghieri, pronti. Ci sembra convenga tentarla anche prima dell'impiego di tutti gli altri metodi di lunga applicazione, ascriverla cioè tra i metodi rapidi da impiegare in primo tempo; ciò in ispecie quando si tratti di mutismo, di completa afonia isterica.

Ed ancora, dal caso della donna sopra riportato, può trarsi la convinzione che non si può, per tutti i casi di mutismo risolti con l'eterizzazione, riferire il successo all'ipotesi da qualcuno avanzata, che si tratti di simulatori del disturbo i quali durante il primo stadio della narcosi o durante il risveglio, in uno stato di semicoscienza, non siano più in grado di perdurare nella simulazione.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA TRAUMATOLOGICO-ORTOPEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Frattura parcellare da strappamento del grande trocantere.

pel dott. LUIGI GIOVANNI GAZZOTTI, aiuto.

Le fratture del grande trocantere, sempre molto rare, si presentano per lo più in giovane età (18-19 anni), fino a quando il nucleo proprio di questa apofisi non ha ancora preso connessione ossea col femore. In questi casi il grande trocantere si distacca dalla rimanente massa epifisaria secondo il piano corrispondente allo strato cartilagineo; si ha cioè, non una frattura, ma un vero e proprio distacco della apofisi.

Se tali soluzioni di continuo che si verificano dopo avvenuta la saldatura del nucleo di ossificazione, la frattura corrisponde generalmente al piano della primitiva connessione cartilaginea, che nell'adulto è segnato con una certa approssimazione dalla linea che separa il sistema trabecolare del collo (Meyer) da quello del grande trocantere.

Le fratture parcellari di questa apofisi sono ancora più rare delle precedenti, e la loro estrema rarità sta in rapporto col meccanismo di trauma che generalmente le produce.

Mentre nelle prime è causa quasi costante un trauma diretto, un colpo, un urto cioè applicato direttamente nella regione, per le altre la causa più frequente è un trauma indiretto, rappresentato da violente contrazioni muscolari.

Un caso di frattura avvenuto con questo meccanismo è descritto da Neck. Egli dice che la lesione ossea si produsse durante uno sforzo per sollevare un peso, imprimendo al tronco un movinmento di rotazione sugli arti inferiori.

Il caso occorso nella nostra clinica era il seguente:

U.... A..., di anni 45, portiere. Nulla di ereditario. Da 22 anni ha moglie, dalla quale ha avuto 9 figli e tre aborti.

L'ananmesi remota dice che in tenera età ebbe febbri malariche e a 17 anni fu affetto da ulceri molli con caratteristico bubbone inguinale.

Le modalità del trauma che produsse la lesione che ci interessa, sono così riferiti dal paziente:

Camminando davanti a casa, sul marciapiede, con mia moglie sono scivolato cadendo sul fianco destro. Toccando il suolo ho avvertito un vivo dolore in corrispondenza della articolazione dalla coscia destra. Tuttavia, a stento, sono riuscito ad alzarmi e, coll'aiuto di mia moglie a trascinarmi fino al letto che è in una camera a piano terreno. Sentendo aumentare il

dolore e la difficoltà a muovere l'arto mi sono fatto strasportare al Policlinico.

E. O. — La misurazione degli arti inferiori non fa rilevare differenza di lunghezza fra i due lati. Le regioni delle anche, esaminate isolatamente e confrontate fra di loro, non si presentano modificate nella loro forma. I tegumenti che le ricoprono sono integri ne vi sono segni, a destra, di pregresse contusioni superficiali o profonde. — Triangolo di Bryand e linea di Roser-Nelatore muti.

L'arto inferiore destro giace in leggera adduzione e rotazione esterna.

Alla palpazione, in corrispondenza della regione trocanterica destra, sulla periferia posteriore della apofisi, si risveglia un vivo dolore.

Motilità attiva: (a destra).

Il calcagno può essere sollevato dal piano del letto. Facendo strisciare il calcagno sul piano del letto è possibile la flessione della coscia sul bacino per un angolo di 45°.

La rotazione interna è possibile a coscia flessa, impossibile a coscia estesa. La rotazione esterna è possibile in lieve grado tanto ad arto flesso che ad arto esteso. L'adduzione attiva oltrepassa di pochi gradi la posizione di riposo dell'arto. L'abduzione è di circa 30°.

Motilità passiva: (a destra).

I vari movimenti passivi si compiono con una ampiezza un po' maggiore di quelli attivi. Fa eccezione la rotazione interna, ad arto esteso, che è impossibile anche passivamente. I tentativi per compierla provocano vivo dolore nella regione trocanterica.

sensibilità tattile (a destra) }
» dolorifica (id.) } non modificate.
» termica (id.) }

Riflessi normali.

A carico dell'arto inferiore sinistro nulla degno di nota.

Si formula pertanto la diagnosi di *frattura del grande trocantere destro*, diagnosi che viene confermata dalla radiografia, la quale dimostra: presenza di un frammento cuneiforme di osso, staccato dalla parte superiore posteriore del gande trocantere. La diastasi dei monconi sembra di pochi millimetri. (Vedi figura).

Trattandosi di frattura interessante una apofisi ad inserzione muscolare, si decide di sottoporre il paziente ad intervento, onde, per mezzo della sutura metallica impedire una guarigione imperfetta de'la frattura. La diastasi dei frammenti non è vincibile se non colla fissazione cruenta, senza della quale si incorrerebbe in una guarigione per callo fibroso o per pseudo artrosi. Guarigioni parziali entrambe che darebbero permanente diminuzione della funzione dell'arto.

Intervento. — Rachio-anestesia stovainica (6 centgr.) +

Trattamento della cute alla Grossiche.

Incisione longitudinale per circa 15 cm. passante lungo il margine posteriore del grande trocantere.

Osteosintesi metallica.

Sutura dei muscoli in catgut e dei tegumenti in seta.

Lo stato anatomico riscontrato nell'atto operativo è il seguente: Sul focolaio di frattura si nota la presenza di un piccolo coagulo ernoroso: l'ematoma manca. Asportato il coagulo si nota la presenza di un piccolo coagulo cruosi esaminano le superfici di frattura; esse appaiono costituite da spongiosa normale.

*
* *

Nel caso in ispecie quale meccanismo ha agito a produrre la frattura? Si tratta cioè di una lesione diretta, dovuta ad un colpo (urto nel pavimento) che ha agito sulla massa trocanterica, oppure di lesione indiretta dovuta a strappamento per brusca contrazione muscolare, nel tentativo fatto per reggersi, da chi sta per cadere?

Vi è un dato nella anamnesi che potrebbe giustamente far pensare ad una frattura da causa diretta. Il paziente infatti dice: « Toccando il suolo ho avvertito un vivo dolore in corrispondenza della articolazione della coscia » facendo così supporre che la frattura del trocantere debba ricercare la sua causa nell'urto ricevuto dal suolo nella caduta.

Il fatto però che il paziente ha battuto sopra un piano (marciapiedi) male spiega come possa essersi distaccata solo quella parte della apofisi ossea che meno facilmente poteva venire a contatto, mentre un trauma diretto in genere, e questo in ispecie, avrebbe dovuto

produrre la frattura della massa trocanterica, molto più in basso, in vicinanza della base, o, come avviene con maggiore frequenza, la comune frattura del collo.

È da notarsi anche la assoluta mancanza sulle parti molli di suggellazione che avrebbero dovute riscontrarsi, data la violenza del trauma necessario per produrre la frattura di un trocantere in condizioni anatomiche normali, come è risultato dal reperto operatorio.

Escludendo quindi la frattura patologica, dato: 1° L'esame generale negativo. 2° L'aspetto normale della spongiosa ossea nel focolaio di frattura. 3° La mancanza di manifestazioni luetiche e neoplastiche nel paziente esaminato a distanza di un anno dalla lesione: e tenendo conto che, il rapporto dei tempi della caduta e della sensazione subbiettiva «dolore» può molto facilmente essere modificato e il distacco osseo può avere coinciso col momento in cui il paziente toccava il suolo, mi pare si debba, sui dati obbiettivi formulare la diagnosi di *frattura da strappamento della parte posterior superiore del grande trocantere.*

BIBLIOGRAFIA.

MEYER. *Arch. Anat. n. Physiol.*, 1867, p. 615.
NECK. *Monatschrift für Nufallheilkunde*, 1903

MEDICINA SOCIALE.

Le nuove provvidenze statali contro la tubercolosi.

Abbiamo già dato ampia notizia delle disposizioni emanate con D. L. per intensificare la lotta contro la tubercolosi. L'importante programma organico d'azione è destinato a dare impulso ad energie ed iniziative locali, ed a coordinarle. Esso rimarrà legato ai nomi del comm. Lutrario e dell'on. Orlando, che lo hanno concepito e tradotto in pratica.

Ci siamo procurati i *cenni illustrativi* che accompagnano il Decreto ed ora ci facciamo un pregio di pubblicarli integralmente.

*
* *

Gravità della mortalità per tubercolosi. — La tubercolosi continua ad essere la malattia infettiva che desta la maggiore preoccupazione non solo perchè è, più delle altre, frequente e diffusa, riuscendo causa di grande mortalità specialmente nei centri urbani ed industriali, ma anche per il fatto che colpisce a preferenza l'individuo nell'età più vigorosa, rendendolo per lungo tempo inattivo, e per le note di debolezza costituzionale che determina nei discendenti, producendo così la decadenza ed il deterioramento della razza.

Infatti dei 643,355 decessi per qualsiasi causa verificatisi nel 1914, ne sono dovuti a malattie infettive 78,280, e di questi ben 51,959 furono determinati da affezioni tubercolari.

Grande è dunque il numero delle morti che per tale infezione si verifica annualmente; ed esso, raffrontato con la lunga durata della malattia, prova all'evidenza quanto elevato debba essere il numero dei colpiti, quanto grande sia il pericolo di contagio, cui trovasi esposta la società, e quale immenso danno economico la tubercolosi determini.

Condizioni di privilegio dell'Italia rispetto ad altri Stati. — L'Italia per altro, rispetto ad altri paesi, per quanto riflette la tubercolosi pulmonare, trovasi in condizioni quasi di privilegio, dappoichè mentre da noi la mortalità per tale malattia è discesa quasi al 5 % della mortalità generale, questa media è superata, ed anche di molto, da altri Stati d'Europa fra i più progrediti igienicamente come la Francia, la Norvegia, l'Austria, l'Ungheria, la Germania.

I dati più recenti sulla mortalità per tubercolosi ci apprendono anche che l'Italia, in realtà, non è seconda che al solo Belgio. Si trova alla pari dell'Inghilterra, del paese di Galles e dell'Olanda; ma è in condizioni assai migliori di tutti gli altri Stati di Europa, nessuno eccettuato; e sovratutto dell'Austria e della Ungheria i quali ultimi paesi hanno un quoziente quasi triplo a quello dell'Italia.

È bensì vero che nei riguardi della tubercolosi non si sono finora ottenuti i brillanti risultati verificatisi per la maggior parte delle altre malattie infettive, pur tuttavia devesi riconoscere che gli sforzi compiuti contro l'immane flagello si sono dimostrati oltremodo benefici, essendo riusciti a contenere la mortalità per tubercolosi in limiti non elevati ed a determinare anche una diminuzione di essa sovratutto in questi ultimi anni, non ostante l'emigrazione, l'accresciuto urbanismo, la trasformazione dei centri agricoli in industriali, l'addensamento della popolazione.

Diminuzione della mortalità per tubercolosi. — Per tutte le forme tubercolari si ebbero, nel triennio 1888-90, in media 63.012 morti di cui 41.787 per tubercolosi polmonare; cifre, queste, che riferite ad un milione di abitanti dànno, rispettivamente, un quoziente di 2098 e 1477. Nel triennio 1912-14 la media dei morti per tutte le forme tubercolari discese a 52.337 e a 37.650 per tubercolosi polmonare, ossia rispettivamente ad un quoziente, su un milione di abitanti, di 1477 e 1063.

Per cui, in complesso, nel triennio 1912-14 si è avuto un beneficio del 30 % nella mortalità

per tutte le forme tubercolari rispetto al triennio 1888-90, ed un beneficio del 24 % nella mortalità per tubercolosi polmonare e disseminata.

Questa discesa della mortalità per tubercolosi più notevole per le forme chirurgiche che per la forma polmonare, devesi, in gran parte, oltre che alle influenze dei vari fattori sociali che hanno elevato il tono della vita, anche e sovratutto al risanamento dell'ambiente che è uno dei capisaldi della nostra legislazione sull'igiene e sanità pubblica. Le grandi agevolezze portate dalle provvide leggi, concesse ed applicate in sempre più larga misura, e con ritmo sempre crescente, ha determinato una vera rigenerazione del Paese. E devesi, più che ad altro, a questo rinnovamento la formazione di una salda barriera difensiva anche contro la tubercolosi, dato il legame stretto ed inscindibile che corre fra questa malattia e la igiene dell'abitato.

Pericoli inerenti alla guerra. — Però questa nostra favorevole condizione è gravemente minacciata dalla guerra. I disagi, gli sforzi cui sono sottoposte le truppe combattenti, le stesse condizioni di vita alla fronte rappresentano un insieme di circostanze che favoriscono nei deboli la manifestazione di forme preesistenti allo stato latente, quando non inducano, a dirittura negli organismi non temprati, uno stato di predisposizione a contrarre la infezione. Fenomeno questo comune a tutti gli eserciti belligeranti.

Noi non siamo ancora in grado di dire quanti fra i combattenti sono i « feriti dalla tubercolosi ».

Ma pur senza assegnare alla manifestazione limiti elevati, non vi ha dubbio che una nuova onda di contagio si diffonderà nel paese a causa della guerra; donde il dovere nello Stato, di assistere, curare e tutelare i soldati, che ritornano al luogo natìo, affetti da tubercolosi, e tutelare ad un tempo la società da una diffusione maggiore della malattia.

Occorre dunque premunirsi e preparare in tempo i mezzi di lotta necessari, occorre concentrare e coordinare le energie e gli sforzi per scongiurare la minacciante iattura.

Forte polarizzazione della pubblica opinione. — In Italia la lotta contro la tubercolosi ha compiuto in questi ultimi anni un notevole passo, vincendo anzitutto quello scetticismo e quella apatìa nella popolazione, che erano gli ostacoli primi da superare. Già si è avuto un promettente risveglio igienico nella Nazione, un rifiorire operoso di energie, un fervore di discussione; numerose associazioni e benemeriti Comitati hanno promosso istituzioni e dato vita a svariate forme di assistenza e di provvidenze antitubercolari, al fine diretto di sopprimere il contagio da uomo a uomo e sopratutto quello famigliare, di correggere nei figli di tubercolosi le stimmate ereditarie, di assistere e fortificare i bambini gracili, linfatici e di debole costituzione, che rappresentano appunto per questa loro miseria fisiologica i predisposti e candidati alla tubercolosi.

Questa promettente ripresa di attività antitubercolare, favorita dallo Stato, è stata poi seguita col più vivo interesse, sicchè le nascenti Istituzioni, oltre la dovuta assistenza, sono state sussidiate con elargizioni di denaro, di materiale profilattico, di padiglioni e di tende ospedali.

Necessità di più deciso intervento. — Ma, dato il pericolo, che minaccia, è di indilazionabile necessità l'intervento più deciso e largo dello Stato nella lotta antitubercolare diretta, senza di che non sarebbe possibile conseguire utili risultati nè sperare in un'efficace difesa sanitaria.

È doveroso riconoscere che l'opera delle Istituzioni antitubercolari, sia pubbliche, sia private, si è finora spiegata, non ostante la limitata disponibilità dei mezzi, in modo benefico. Senonchè gli Istituti esitenti, già nelle ordinarie condizioni insufficienti e non adeguati ai bisogni, devono più che mai considerarsi impari all'arduo e complesso problema, che si impone in conseguenza della guerra.

Di più l'azione di detti istituti, che sono per lo più il portato della beneficenza pubblica o della munificenza di generosi, è spesso diretta a fini speciali e limitati, e manca della necessaria coordinazione con altri istituti congeneri, sicchè spesso non si ha il massimo rendimento utile agli effetti della profilassi antitubercolare.

Sorge da ciò l'imperioso dovere per lo Stato non solo di integrare l'opera delle istituzioni esistenti, di promuovere, incoraggiare, sussidiare la propaganda antitubercolare specialmente nelle scuole e nelle popolazioni, di facilitare l'impianto ed il funzionamento di Istituti antitubercolari, ma anche di esplicare un più efficace e diretto intervento per coordinare le forze, disciplinarle, rivolgerle su direttive armoniche.

La lotta antitubercolare è bene avviata, ma occorre perseveranza, proseguirla con unità e tenacia di intenti, imprimendole con modernità e larghezza di mezzi, un maggiore indirizzo anticontagionistico, e rendendo in pari tempo concorde, intima e viva l'azione simultanea e combinata dei pubblici poteri e delle libere associazioni.

Propositi. — Tale intervento ed azione dello Stato potrà ora spiegarsi con impulso più vigoroso, dato lo speciale stanziamento in bilan-

cio della somma di L. 500,000 a partire dall'esercizio 1917-18.

Dispensari. — Questo stanziamento permetterà di erogare aiuti più larghi per diffondere specialmente l'istituzione di ambulatori e dispensari antitubercolari e di poterne, in seguito, assicurare il regolare funzionamento.

La particolare fiducia che si ripone nell'uso più largo dei dispensari, trova la sua ragione nel fatto che questi Istituti sono uno dei mezzi principali ed il caposaldo della moderna lotta antitubercolare, intorno a cui si riannodano le altre opere di assistenza e di profilassi.

I dispensari costituiscono infatti il centro di attrazione dei malati e provvedendo alla cura ed alla assistenza sociale di essi esplicano nel contempo opera eminentemente profilattica ed educativa coll'estendere la loro azione anche nelle famiglie dei malati ed alla casa di abitazione, col diffondere consigli igienici, norme e mezzi profilattici, con educare ed elevare la coscienza igienica del popolo.

Centri di accertamento diagnostico. — È della massima importanza poi, per conoscere le sorgenti di contagio, onde potere intervenire in modo efficace, la costituzione di centri di accertamento diagnostico forniti di tutti i mezzi moderni di indagine, funzione questa che nei grossi centri vien fatta dai dispensari, ma che dovrà anche essere assicurata in quelli minori, affidandone il compito ad istituti ospedalieri od ai laboratori batteriologici in funzione per la vigilanza igienica e per la profilassi delle malattie infettive, il cui impianto verrà esteso al maggior numero possibile di comuni.

Istituti di prevenzione. — Più larghi aiuti ed incoraggiamenti verranno concessi agli Istituti di prevenzione antitubercolare, i quali hanno prevalentemente per scopo la protezione dell'infanzia e della prima giovinezza dalla tubercolosi e specialmente di quelli predisposti per ereditarietà, per convivenza con tubercolosi o per debolezza di costituzione.

Ospizi marini. — Tra questi primeggia l'istituzione prettamente italiana degli *Ospizi marini* alla quale dovrà imprimersi novello vigore, in modo che essi possano estendere la benefica azione ad un maggior numero di bambini, e possano prolungarne la cura fino a tanto che l'organismo debilitato lo richiede.

Ogni sforzo sarà inoltre diretto per assicurare che il funzionamento di essi sia continuo ed anche nella stagione invernale, e per promuovere l'impianto di *Sanatori Marini* per la cura delle affezioni tubercolari chiuse o di affezioni scrofolose.

Altre istituzioni. — Incoraggiamenti saranno dati ad altre istituzioni preventive antitubercolari, quali le *Colonie montanine ed alpine* e *le Colonie campestri permanenti* per i figli di tubercolotici e di bambini conviventi con tali malati, *le scuole all'aperto, le colonie estive di città*, ecc.

Casellario ecografico. — Altro grave problema, la cui importanza va sempre più delineandosi, è quello delle abitazioni insalubri, che rappresentano appunto la condizione più favorevole alla diffusione della tubercolosi specialmente nelle città. Conoscere tali case e potere provvedere al risanamento di esse sarà certo un passo notevole che si sarà fatto nella crociata sociale contro la tubercolosi. Ed è perciò che presso gli Uffici d'igiene, almeno delle grandi città, dovrà promuoversi la istituzione di casellari ecografici, intervenendo anche con diretti sussidi per affrettare l'attuazione di sì importante provvedimento.

Propaganda - Vigilanza sanitaria. — Il fondo anzidetto permetterà inoltre di intensificare la propaganda igienica, mercè conferenze popolari, e di dare una maggiore efficienza ai servizi di vigilanza sanitaria, che normalmente esercitano le autorità comunali, promuovendo anche corsi speciali pratici per la istruzione ed addestramento di personale nella polizia sanitaria.

Dame visitatrici. — Azione, questa, che potrà essere integrata dall'opera di dame visitatrici, che si prestino — gratuitamente — e come già si fa in alcune città con immenso successo a diffondere nelle famiglie povere le nozioni elementari per la difesa del contagio. E' una forma di propaganda spicciola, alla buona, che è una delle più suggestive.

Anche per l'addestramento di tali dame dovranno estendersi e moltiplicarsi i corsi di istruzione, che sono già stati iniziati nella Capitale, come centro di irradiazione.

Riassunto. — Nel tradurre in atto questi propositi di lotta antitubercolare, questo Ministero, che fra l'altro presiede alla organizzazione sanitaria del Paese, si avvarrà del concorso delle Istituzioni e dei comitati esistenti, alle quali verrà dato il maggior aiuto morale e materiale possibile, conservando integra quella funzione direttiva e di controllo, che è indispensabile per raggiungere il conseguimento delle alte finalità della lotta antitubercolare.

Con questo complesso programma, da attuarsi con un primo fondo di lire cinquecentomila, già stanziato in bilancio e col concorso dello istituendo fondo di riserva per le epidemie, e col concorso anche delle altre amministrazioni interessate alla lotta, si mira, in sostanza, ad intensificare le provvidenze per la ricerca e lo accertamento dei tubercolosi, per la cura ambu-

latoria dei malati, per la assistenza sociale di essi e delle loro famiglie, per la prevenzione della malattia, per la costituzione di una vera coscienza antitubercolare nelle masse popolari.

Ospitalizzazione dei tubercolosi. — Rimane però un altro cospicuo ordine di provvidenze, anche esse capitali, che riflettono la ospedalizzazione e l'isolamento dei tubercolosi bisognevoli di ricovero.

Letti disponibili e grave sperequazione fra i bisogni e la potenzialità di ricovero. — Esistono attualmente nel Regno 10 sanatori, per le forme di tubercolosi polmonare incipienti e suscettibili di guarigione, 7 tubercolosari e 54 sezioni ospedaliere, questi ultimi per il ricovero di tubercolosi inguaribili, cronici e per i quali il ricovero rendesi indispensabile a causa delle speciali condizioni economiche e familiari dei malati.

In totale ora per l'ospitalizzazione dei tubercolosi si avrebbero a disposizione poco più di 4,000 letti.

Numero, questo, assolutamente inadeguato al bisogno. Ed a convincersene basta risalire alle cifre esponenti di tale bisogno. Nel solo anno 1914 morirono di tubercolosi polmonare, nel Regno, 37,732 individui!

La enorme sperequazione fra questo numero e quello dei letti di appena 4,000, come si è detto, apparisce ancora più grave se si considera che la tubercolosi è a preferenza malattia della miseria. Sono infermi, spesso troppo poveri per essere lasciati nella loro abitazione, ove l'esiguo spazio è diviso con la numerosa famiglia; e, spesso anche, sono troppo malati per potersi limitare alle forme ambulatorie di assistenza.

Sovente, dunque, si impone il ricovero, che non può concedersi per mancanza di letti; ovvero si concede accogliendo l'infermo in una sala comune, senza vantaggio, anzi spesso con danno di lui e con danno anche degli altri infermi esposti al contagio in quel medesimo ambiente.

Ove non si provvedesse, tale condizione di cose sarebbe fatalmente destinata ad aggravarsi dopo la guerra, quando i « feriti del polmone » che contrassero la tubercolosi nell'atto di difendere la patria, verranno ad aumentare la falange di coloro che chiederanno il ricovero per lenire le loro sofferenze.

Provvedimenti per l'ospedalizzazione. — Impellente è quindi il problema della ospitalizzazione dei tubercolosi e specialmente di quelli poveri ed in istadio avanzato, che sono i più pericolosi per la diffusione della malattia. Non essendo possibile per essi la cura domiciliare, nè potendo in essa praticare le necessarie misure di difesa igienica, non rimane per provvedere al loro benessere materiale e per assicurare l'incolumità pubblica, che effettuarne il ricovero e lo isolamento in speciali luoghi di cura.

Tubercolosari - Servizio e sale ospedaliere. — Occorre quindi da una parte aumentare la potenzialità degli Istituti curativi già esistenti, dall'altra promuovere la costruzione di nuovi ospedali speciali o l'adattamento, allo scopo, di sezioni, o di sale ospedaliere, che per la ubicazione, disposizione ed ampiezza di ambienti risultino idonee.

Con ciò si provvederebbe ai bisogni più urgenti della assistenza e della profilassi sociale antitubercolare, senza iniziare la fastosa politica di « veri Sanatori di stile » nella loro aristocratica veste costruttiva, che richiederebbe un impiego di fondi notevolissimo, soverchiante di troppo le forze sul cui concorso può farsi assegnamento per la risoluzione del problema.

Si tratterebbe di dare la preferenza a luoghi di cura di grande semplicità, che si sono dimostrati più rispondenti allo scopo, in conformità, del resto, della tendenza più moderna, seguita anche dalle Nazioni alleate nella lotta alla quale si sono in questo campo accinte.

In questo modo per mezzo dei dispensari, dei centri per la diagnosi precoce della malattia, e di tutte le altre forme di assistenza speciale all'infanzia e di propaganda da un lato, e per mezzo degli ospedali speciali, delle sezioni e delle Sale ospitaliere per tubercolosi dall'altra (se diffuse in larga misura e funzionanti con *criteri e direttive sanatoriali*), si può provvedere sufficientemente, in primo tempo, alla cura, all'isolamento ed all'educazione igienica dei malati tubercolosi, ed adempiere alla funzione di organi di difesa sociale del morbo.

*
* *

A promuovere la costruzione e la sistemazione di Istituti di cura per i tubercolosi tende appunto il decreto-legge già sottoposto alla sanzione Sovrana.

Il sistema accolto e disciplinato, per procurare il sorgere di istituti di cura, è quello della concessione dei fondi occorrenti per mezzo di mutui alle più larghe condizioni di favore.

Si dà facoltà perciò alla Cassa Depositi e Prestiti di concedere mutui di favore con l'assunzione totale degli interessi a carico dello Stato, analogamente a quanto si provvede in atto per le opere di conduttura di acqua potabile.

I mutui potranno concedersi non soltanto ai Comuni, ma anche a provincie e a qualsiasi altro Ente morale che intenda concorrere alla lotta contro la tubercolosi. Non si è posto un limite di popolazione ai Comuni che possono usufruire del beneficio, perchè quelli nei quali

più grande e più temibile è il flagello sono appunto i centri maggiori.

In relazione col criterio sopra accennato della semplicità degli Istituti dei quali si tratta, si stabilisce in lire duecentomila l'ammontare massimo di ciascun mutuo, elevabile, del resto, a lire trecentosessantamila, con il cumulo dei beneficî portati da altre leggi, come quella del 25 giugno 1911, n. 586, e quindi tale, da assicurare la costruzione di stabilimenti idonei allo scopo e di notevole potenzialità di ricovero.

La facoltà di concessione di tali mutui è riconosciuta al Ministero dell'Interno per dieci anni e la spesa per gli interessi sui mutui che si concederanno in ogni anno, da stanziarsi in apposito capitolo del bilancio del Ministero dell'Interno, è prevista in lire 60,000, corrispondente ad un capitale di circa L. 2,300,000. Così lo ammontare complessivo dei mutui che potranno essere autorizzati in un decennio sarà di circa 23 milioni di lire elevabili a 30 milioni per la contemporanea applicazione della legge 25 giugno 1911, sopra citata.

Trattasi pertanto di un provvedimento di notevolissima portata che mette a disposizione delle iniziative mezzi atti a provvedere al grave problema con sufficiente ampiezza.

***

Ma non basta aver creati i congegni speciali; occorre anche apprestare i mezzi per farli funzionare.

Presentemente nella grande maggioranza, Comuni ed Opere Pie sono in condizioni di disagio economico sì da rendere assai difficile e forse impossibile il funzionamento degli istituti, nuovi o rifatti, per guisa da rispondere alla loro specifica funzione.

Il Decreto-legge di cui si tratta perciò istituisce un primo fondo di L. 600,000, che avrà l'unica e precisa finalità di favorire il ricovero e l'isolamento dei tubercolosi, aiutando il funzionamento dei desiderati ed auspicati Istituti: mentre con l'altro fondo di L. 500,000, che lo stesso Decreto-legge assegna al bilancio del Ministero dell'Interno fin dal presente esercizio, si provvederà, come si è detto, all'altra parte del programma, cioè alla cura ambulatoria ed altre forme di cura ed assistenza sociale contro la tubercolosi.

***

Questi provvedimenti diretti contro la tubercolosi assumono, in questo momento storico del nostro Paese, anche maggiore importanza, in quanto rappresentano un doveroso sentimento di riconoscente pietà verso i nostri valorosi combattenti che, nell'adempimento del loro dovere verso la patria, hanno incontrata la malattia, e questo principio di illuminato patriottismo è consacrato nel Decreto-legge dove si prescrive che, nella concessione dei benefici da esso contemplati, sia data la preferenza agli Enti che si propongono l'assistenza agli infermi congedati dall'esercito, che abbiano contratto la tubercolosi in servizio militare di guerra.

***

Il programma di lotta, per quanto iniziato con mezzi che a tutta prima sembrano modesti a confronto della vastità del problema di natura profilattica e sociale ad un tempo, apparisce organico in ogni sua parte e rappresenta una prima, solenne ed efficace affermazione della volontà dello Stato di esplicare una azione diretta di protezione contro la tubercolosi e un primo notevolissimo passo sulla via della pratica attuazione di tale volontà.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

SESTA SEDUTA — 5 marzo: ore 15.

Discussione sulle ferite con lesione della faccia e dei mascellairi.

CECI. — Prende la parola per una rivendicazione della propria opera a proposito delle rinoplastiche. Il prof. Beretta è andato a vedere operazioni di ricostruzione nasale negli ospedali francesi, senza trovarvi la soluzione delle difficoltà operatorie. Ebbene più vicino, a Pisa, avrebbe nella clinica dall'O. osservato come si possono risolvere quei problemi operatorii che ha visti insoluti altrove. È vero che l'O. non ha avuto occasione di pubblicare il proprio complesso lavoro, ma, avendo sempre eseguite le sue rinoplastiche in una clinica ben conosciuta, alla presenza di colleghi e della scolaresca, così egli deve modestamente presumere che il proprio lavoro, fatto pubblicamente, non sia rimasto completamente ignorato, sebbene non pubblicato per le stampe.

Parecchie volte ha avuto occasione di eseguire rinoplastiche totali o sub-totali: più frequentemente ha dovuto restaurare la punta del naso strappata da morsi.

Riassume brevemente i punti più importanti dell'argomento. La prima volta per una restaurazione totale del naso impiegò lembi osteoplastici dal frontale, allargando e modificando il metodo del König; riuscì a formare un naso provvisto di setto e di pareti laterali e ricoperto di pelle non soltanto sulla superficie esterna, ma pur su quella cavitaria. Il risultato fu ottimo e dopo 15 anni l'O. ebbe occasione di rivedere la donna, che intanto da qualche anno aveva preso marito e che si trovava in condizioni estetiche abbastanza buone.

Però nelle ultime rinoplastiche ha mutata completamente la tecnica, partendo dal principio di non lasciare cicatrici deturpanti in parti visibili del viso. E anche nelle operazioni per rinofima da molti anni ha rinunciato ai lembi frontali col metodo indiano ed usa invece lembi cutanei liberi secondo Wolfe, di Glascow, dalle regioni anteriori della coscia o dal fianco.

Il principio dunque è di non sostituire, ove sia possibile, una deformità, sebbene non grave, ad un'altra assai deturpante.

Per spiegarsi l'O. descrive sommariamente una rinoplastica totale eseguita sopra un individuo inviatogli dal prof. Burci di Firenze.

Il paziente presentava una distruzione completa della punta del naso, delle pinne, del setto osseo e membranoso per processo distruttivo sifilitico pregresso. Era stata tentata da altri una operazione senza risultato. Mancava assolutamente il terreno dove impiantare la parte sporgente del naso esistendo in sua vece un foro informe.

Ecco come procedette. Scolpì un lembo mediano labiale dal margine libero al suo entrare nella perdita di sostanza. La parte centrale del labbro superiore (filtro) fu incisa con due tagli laterali, isolandola poi e a tutto spessore peduncolandola sul foro nasale. Mediante una incisione orizzontale esterna mobilizzò ciascuna metà esterna del labbro superiore e le riunì sulla linea mediana ricostruendo il labbro superiore diviso. Il filtro mobilizzato, innalzato e rovesciato verso la cavità nasale con la sua superficie libera labiale recentata, fu suturato alla parte più alta del contorno della perdita di sostanza nasale, pure recentata in corrispondenza, perchè in prosieguo diventasse la zona di impianto del nuovo naso. Questo per la sua faccia esterna doveva essere fatto da un lembo cellulo-cutaneo brachiale anteriore sinistro secondo Tagliacozzi. Precedentemente alla formazione di detto lembo era stato immesso un cuneo di cartilagine sopra alla fascia superficialis, nell'adipe sottocutaneo: il cuneo cartilagineo era stato conformato in modo che, messo il lembo convenientemente a posto, servisse a formare la sporgenza del tratto del naso mancante. Attese oltre 10 giorni perchè il cuneo cartilagineo facesse corpo col lembo brachiale e dopo questo tempo passò alla preparazione del lembo, che fu isolato con la fascia superficialis, lasciando integro il peduncolo periferico, perchè si autonomizzasse in qualche giorno di attesa. Per riguardo al terreno di impianto l'O. passò poi alla preparazione dei lembi di tappezzamento della nuova cavità nasale, che si doveva trovare sotto il lembo brachiale, quando fosse stato messo a posto. I lembi di tappezzamento si costruirono al di sopra del foro formato dalla cavità nasale, facendo una incisione mediana e due laterali riunite da una incisione trasversale in alto.

Secondo l'altezza della perdita di sostanza i due lembi rettangolari vengono formati o sul dorso o sulle parti laterali del naso ed eventualmente fino alla glabella e si peduncolano almeno a mezzo centimetro dalla perdita di sostanza. Questi due lembi scollati e con un peduncolo ben robusto vengono risuturati nella loro posizione e lasciati per 3-6 giorni (autonomizzazione dei lembi). L'O. tolse poi la superficie anteriore mucosa del lembo labiale rettangolare, che divideva in due aperture il gran foro della cavità della perdita di sostanza e ne recentò i lati. Scollati i lembi nasali già autonomizzati ed abbassati ciascuno sulla perdita di sostanza nasale corrispondente, suturò dall'interno per ciascuno di essi il lato interno col lato rispondente del lembo labiale da sostegno ed il lato esterno col lato esterno del foro del naso del lato rispettivo: questo lato era, beninteso, stato recentato. Completata la sutura dei lembi cutanei autonomizzati abbassati e col lembo labiale centrale e con i contorni laterali dell'antica perdita di sostanza, si trovò formata nella regione nasale una superficie cruenta pronta a ricevere il lembo brachiale cartilagineo, il quale vi venne adattato con le regole di Tagliacozzi. L'O. tralascia tutte le minuzie tecniche che sono necessarie per una serie di operazioni così delicate e la tecnica della medicatura; accenna solo che debbono collocarsi nelle cavità nasali dei tubi di caoutchouc per permettere all'operato di respirare e mantenere l'apertura delle nuove narici.

Nessuna cicatrice viene così a deturpare il viso nel contorno del naso. Nel caso accennato il risultato fu perfetto e dopo alcuni anni l'O. vide il paziente con una moglie piacente. Trattandosi di perdita della punta del naso l'operazione è più limitata e i lembi di tappezzamento si scolpiscono sulla parte del naso sovrastante al moncone della punta.

Questo metodo completamente originale, dall'O. immaginato, è stato da lui messo in pratica parecchie volte con risultati splendidi: alcuni restaurati della punta non sembra neppure che siano stati operati.

BERETTA. — Si duole di non aver prima conosciuto gli studi del Ceci sulle rinoplastiche, ma si ritiene giustificato dal fatto che tali studii non sono stati ancora pubblicati. Quanto all'appunto che si potrebbe fare alla protesi facciale, del lungo tempo ch'essa richiede, afferma che il proprio ospedale è un vero ospedale specializzato, ove può, se è necessario, trattenere i pazienti anche per un anno Tornando infine alla rinoplastica chirurgica, dice di aver visitato non soltanto i centri specializzati francesi, ma pur quelli inglesi ed americani instituiti in Francia, ed ha sempre veduto che le più belle rinoplastiche chirurgiche, dopo un certo tempo, più o meno lungo, si trasformavano in deformità ridicole.

PERNA. — Sostiene la necessità, che tutti i chirurgi conoscano i fondamenti della protesi mascellare e l'uso degli apparecchi relativi: in macanza di tali cognizioni deve essere dovere loro inviare i feriti alle mascelle nei centri stomatologici della zona di guerra e del territorio, in cui il servizio è perfettamente organizzato.

Quanto agli innesti ossei o cartilaginei in casi di pseudoartrosi dei mascellari, conferma ciò che ha detto il Cavina, che attualmente i risultati non sono molto brillanti: crede però ch'essi debbano venire tentati in secondo tempo, cessato assolutamente ogni fatto suppurativo. Dott. L. C. ZAPELLONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOLOGIA.

Il singhiozzo nelle affezioni dell'apparato cardio-vascolare.

Il singhiozzo è dovuto ad una rapida contrazione inspiratoria del diaframma, nel corso della quale la glottide si chiude rapidamente, così che è impedita l'ulteriore entrata di aria nella trachea, mentre l'impulso della colonna d'aria in questa penetrante, battendo sulla glottide chiusa dà origine al ben noto tumore. Perchè si abbia il singhiozzo è necessario che le fibre muscolari del diaframma si contraggano per eccitazione trasmessa attraverso il frenico. E dati i rapporti anatomici tra questo nervo ed il cuore si spiega come in molte malattie di quest'organo si abbia, disturbo talora molto molesto, il singhiozzo. Questo, nota Sbrocchi (*Riv. Crit. Clin. Med.*, N. 25, 1916) si ha in special modo nelle malattie del pericardio, ma anche nelle lesioni dell'arco aorticò e nelle cardiopatie in genere, e più in quelle acute che nelle croniche.

Poichè il pericardio è percorso bilateralmente dai nervi frenici, e da questi riceve rami collaterali, si spiega come nella pericardite possa svilupparsi uno stimolo diretto allo spasmo clonico del diaframma. Un essudato fibrinoso o anche un versamento liquido possono eccitare in via diretta i rami pericardici del frenico e l'eccitamento in via diretta trasmettersi al muscolo. Di solito il singhiozzo nella pericardite si manifesta nel periodo iniziale, quando cioè predominano i fenomeni irritativi ed eretistici. Può essere quasi continuo, manifestarsi ad intervalli senza causa apparente, spesso dopo la ingestione anche minima di alimenti.

Nelle lesioni dell'arco dell'aorta (aneurismi, aortiti), il singhiozzo, per quanto molto raro, può comparire insieme agli altri sintomi funzionali. Esso è determinato da un'irritazione del plesso cardiaco, che ha sede al di sotto dell'arco aortico. Si tratta quindi di un singhiozzo prodotto per via riflessa.

Nelle cardiopatie in genere (endocarditi acute e croniche, miocarditi, degenerazioni miocardiche, ecc.), il singhiozzo è tanto raro, che eventualmente può pensarsi che esso sia un'accidentalità indipendente più che in relazione diretta con la affezione cardiacà. Tuttavia pare che il singhiozzo si manifesti più facilmente nelle forme acute ed allora è lecito pensare che ad eccitare le terminazioni dei nervi cardiaci siano gli stessi agenti flogistici, che producono il processo infiammatorio nel cuore.

Di regola può affermarsi che quando in un individuo affetto da malattia acuta o cronica del cuore compare il singhiozzo, questo è piuttosto duraturo, mentre il singhiozzo di persona sana, dovuto ad eccitazione partente dallo stomaco, cessa in pochi istanti e con mezzi semplici, quali il trattenere il respiro, far l'atto dello spremere a glottide chiusa, ecc. D'altra parte nelle affezioni cardiache si accompagna ad una vaga sensazione di dolore al precordio od anche in costrizione al petto. *a. a.*

Sintomi ascoltatori nelle ferite dei vasi.

Makins (*The Lancet*, 1916) osserva come i rumori udibili all'ascoltazione collo stetoscopio costituiscano uno dei sintomi più importanti delle ferite dei vasi sanguigni. Il rilievo di essi è in ispecial modo utile nei casi di ferite multiple, dovute allo scoppio di proiettili ad alto esplosivo. Per effetto di questi si possono produrre numerose ferite superficiali, ed una profonda, causante la lesione di un vaso, lesione che facilmente potrebbe sfuggire se non si ricercano i sintomi ascoltatori. L'A. ha a tal riguardo comunicato dei casi assai istruttivi. In un primo caso di frattura complicata della gamba fu diagnosticata la recisione della tibiale posteriore e della anteriore. Malgrado però la sutura dei detti vasi, si ebbe febbre, mentre continuava a gonfiarsi il polpaccio. Si temeva l'esistenza di un processo infettivo, allorchè invece all'ascoltazione dell'arto si trovò, lungo il decorso dell'arteria peronea, un intenso rumore sistolico ed un esame più accurato rivelò che anche questo vaso era stato reciso.

In un secondo caso di ferite multiple del polpaccio da scoppio di bomba, si notò, quando la cicatrizzazione delle ferite era completa ed il malato sembrava guarito, che la gamba tornava di nuovo a tumefarsi. All'ascoltazione si trovò un forte rumore sul poplite, inferiormente, senza dubbio dovuto ad aneurisma arterovenoso. In un altro soldato colpito al dorso da una scheggia di granata, che penetrava sopra la spina della scapola destra, coesistevano sintomi di emotorace, con un rumore doppio, forte, su tutta l'aia precordiale. Il rumore in principio fu ritenuto di origine valvolare, ma poi, essendo stato rilevato sotto la scapola destra un rumore tipico di macchina in moto, si fece diagnosi di comunicazione arterovenosa, confermata all'autopsia.

Quindi ogni volta che si vedrà tumefarsi gradatamente un arto, dopo una ferita, occorre procedere a delle ricerche di ascoltazione utilizzando lo stetoscopio, col quale si potrà anche

fissare il punto nel quale il rumore offre il massimo di intensità e di altezza, il punto cioè della lesione vasale. Il metodo è superiore alla ricerca stessa del polso distale, che scompare solo quando il vaso è del tutto reciso, o quando è compresso da grossi e resistenti coaguli sanguigni.

Fu inoltre con una certa frequenza rilevato il fatto che nelle lesioni vasali il rumore, sia esso puramente sistolico, o di macchina in moto, quale si verifica nell'aneurisma arterovenoso, si trasmette all'aia cardiaca. In casi di aneurisma arterovenoso dei vasi dell'ascella e del collo sembra che la trasmissione si operi attraverso la massa intiera dei tessuti della parete toracica. Quando il rumore origina in un vaso leso del braccio, o dell'avambraccio, la trasmissione all'aia cardiaca non suole verificarsi, mentre invece si verifica quando il rumore ha origine da un aneurisma carotideo e spesso anche quando si produce nei vasi femorali. Nel maggior numero dei casi il rumore sistolico così propagato al cuore si ascolta col massimo di intensità sul focolaio clinico della mitrale.

Altro fatto importante è che i rumori trasmessi sull'aia cardiaca hanno una esistenza temporanea. L'A. spiega il fenomeno ammettendo che essi siano soltanto parzialmente trasmessi, mentre in parte originerebbero nel cuore stesso.

Difatti allorquando è leso un vaso importante il cuore presenta dei disturbi di contraccolpo più o meno gravi: per l'aumento di lavoro dovuto alla fuoriuscita del sangue il cuore si dilata, aumenta la frequenza del polso, e la durata della fase diastolica. L'A. conforta questa sua ipotesi anche col fatto che in questi malati la scomparsa del rumore trasmesso si verifica assai prima se il paziente è tenuto in riposo.

In ogni caso quindi di un soggetto ferito ad un arto inferiore, ma per il resto sano, nel quale si ascolti un rumore sistolico alla punta del cuore, si deve pensare alla possibile lesione di un grosso vaso, anche se sia mantenuto il polso periferico e non esista una pulsazione visibile sul percorso del vaso in quistione. P. C.

TERAPIA.

Sulla applicazione della paraffina in terapia.

L'applicazione del calore nel trattamento delle affezioni dolorose è procedimento molto antico; soltanto da poco si può dire è ritornato di moda sotto forma di aria calda, bagni caldi, ed ora con l'uso della paraffina.

La scoperta della paraffina rimonta al 1829; questa si estrae dagli olii grezzi dei petrolii, ed è una miscela di idrocarburi saturi. Si presenta solida, bianca, cristallina, senza odore nè sapore, con punto di ebollizione da 280°-400° e punto di fusione da 40°-60°.

Si è constatato, che se si prende una paraffina a basso punto di fusione e vi si eleva la temperatura, essa è tollerata dai tessuti organici in grado più elevato che non tutti gli altri corpi, ad esempio 45° danno la sensazione di 38° ed anche i 55° sono tollerati facilmente.

La dottoressa Bouet-Henry (1) ha dimostrato, che se si associano con la paraffina certe resine, la temperatura può essere elevata a 90°, senza che si provi la sensazione superiore a 45° od al massimo a 50°. Se noi immergiamo le mani pian piano nella paraffina fusa senza introdurvi aria, le mani sopportano 100°-105° senza rimanere ustionate. Il raffreddamento fuori del contatto dell'aria si effettua molto più lentamente che non quello dell'acqua, tanto che dopo un'applicazione fatta a 80° non è difficile trovare 45°-50° dopo 10 o 12 ore.

Questo agente termico prezioso ha trovato applicazioni in un grande numero di affezioni sotto forma di bagni. Il calore che esso produce, è esente da umidità, ciò che favorisce la sua tolleranza per la pelle anche a temperature elevate. Quando la paraffina si raffredda, si contrae lentamente, producendo una compressione che isola perfettamente la regione senza determinare, come si potrebbe supporre, una aderenza dei tessuti.

Il calore delle applicazioni della paraffina e la conservazione del calore alla superficie può attivare l'afflusso della linfa e determinare quello del sangue ai nuovi capillari e così influire favorevolmente sulla guarigione.

La paraffina è caratterizzata per la sua azione cicatrizzante ed il suo potere analgesico. Il primo fenomeno a manifestarsi è la pronta attenuazione del dolore che a volte scompare dopo la prima applicazione; il malato prova un senso di benessere, egli accusa un senso di assopimento, che può appena avere la parvenza del dolore.

Per l'applicazione della paraffina era necessario stabilire, se potevano ottenersi risultati favorevoli con il prodotto commerciale tal quale o fosse necessario di aggregarla ad altra sostanza, che la rendesse flessibile in modo da seguire i movimenti della parte medicata senza che la medicatura subisse screpolature.

La flessibilità e l'aderenza che deve possedere la paraffina per la sua applicazione terapeu-

(1) Dott.sa BOUET-HENRY. *La paraffinothérapie*. Brochure in 8°, Paris, 1913.

tica che non sono naturali nel prodotto, si ottengono portando la paraffina comune di conveniente punto di fusione, 45°-60°, ad una temperatura superiore ai 130° e conservandola a questa temperatura per qualche ora; la paraffina così trattata riduce di 2° il suo punto di fusione, ma possiede le proprietà elastiche richieste. Già la paraffina così preparata dà nell'applicazione gli stessi risultati terapeutici indicati.

Risultati migliori si ottengono, secondo alcuni, coll'aggiunta di alcune sostanze antisettiche e stimolanti; essi dicono che le ferite si ripuliscono più rapidamente, il dolore diminuisce, si evita l'odore molesto della medicatura e le ustioni si chiudono più rapidamente! Da qui le diverse formule che costituiscono tutte quelle specialità a base di paraffina che in questo momento pullulano

L'aggiunta di sostanze antisettiche e stimolanti alla paraffina non è ancora dimostrato, che riesca vantaggiosa, anzi v'è chi ha sollevato il dubbio che un antisettico possa distruggere l'azione saprofitica dei batteri e si ritardi perciò l'azione curativa, ma ciò non è stato comprovato dall'esperienza clinica. Del resto non è da ritenere certo, o che sia possibile, che una sostanza antisettica sciolta o comunque mescolata con la paraffina possa facilmente essere sciolta dalla linfa in quanto non vi è alcuna azione meccanica continuativa, nè il solvente acqua della linfa può facilmente portare in soluzione i principii contenuti nella paraffina. L'azione terapeutica è certamente dovuta alla paraffina come agente termico e protettivo preziosissimo.

Le estese esperienze fatte con le diverse preparazioni consigliate e messe in commercio (1) hanno dato ciascuna per sè i migliori risultati secondo che dicono i diversi autori, ma poi di fatto l'efficacia di questa medicatura è per tutti uguale, e cioè:

Nelle ustioni in genere, il trattamento della paraffina preparata è praticamente senza dolore, ed i pazienti raramente si dolgono dopo la prima medicazione; non è necessario servirsi di anestetici per la prima medicazione e per le successive. Con questo mezzo di cura si ha la protezione dell'ustione dall'aria e la protezione delle granulazioni di nuova formazione e quindi rapidità di guarigione senza sepsi se la ferita è già asettica, nè dolore; la nuova epidermide riprodotta è sana e senza cicatrici contrattili o deformanti. Le necrosi dei tessuti profondi, in molti casi anche quelle fino all'osso, facilmente si staccano e la piaga ben si ripulisce.

Le applicazioni di paraffina, sempre per la sua azione termica, si fanno in luogo dei comuni cataplasmi, nelle coliche epatiche e nefritiche, nelle cistiti, nelle gastralgie, nei dolori uterini, nelle artriti di origine reumatica, nella gotta, nelle sciatiche, ecc.

Nelle ustioni o nelle piaghe la tecnica da seguire nei suoi particolari è la seguente:

A seconda della estensione della bruciatura o della piaga, si usano da gr. 10 a 100 di paraffina preparata.

Posta in un recipiente di ferro smaltato si riscalda a b. m. e vi si mantiene per dieci minuti, quindi si lascia raffreddare 65°-70°, temp. adatta per l'uso.

La paraffina liquefatta si distende sulla lesione con un pennello tenero spalmandola e non agglomerandola.

Appena applicata sulla parte si solidificherà e formerà uno strato aderente. Il pennello, imbevuto della sostanza, sarà passato più volte sul medesimo posto in modo da formare una specie di vernice a più stratificazioni sovrapposte, si ricopre questa superficie con una falda sottilissima di cotone idrofilo, vi si passa poi sopra nuovamente col pennello della paraffina, in modo da imbeverlo completamente.

Quando la piaga sia estesa è necessario di ripetere altri due o tre piccoli strati di cotone e paraffina.

La crosta così formata dalla paraffina con la fina falda di cotone idrofilo divenuta rapidamente solida ed impermeabile, viene ricoperta, come tutte le fasciature, con uno strato di cotone ordinario e fissato con benda.

La paraffina che avanzerà nel recipiente potrà servire per la medicazione successiva poichè la paraffina, senza inconvenienti, può essere liquefatta più volte di seguito senza perdere la sua azione terapeutica.

Norme importanti. — I. Prestare attenzione che nessuna goccia d'acqua del bagno-maria cada nella paraffina.

II. Non si deve mettere direttamente la falda di cotone idrofilo sulla piaga, perchè prima bisogna stendere più strati di paraffina.

III. Per le grandi bruciature, nei primi giorni bisogna rinnovare la medicazione ogni 24 ore. Più tardi quando la formazione dell'essudato diminuisce, basterà una medicazione ogni 48 ore. Per disfare la fasciatura si taglia con la forbice la crosta formata dalla paraffina e la sottile falda di cotone.

IV. Lavare la piaga con acqua bollita; non

---

(1) Ambrina francese, Vegetarina preparata dalla C. R. I., Formola Hull (*The British Medical Journal*, Jan. 13, 1917), ustiosan, ecc.

adoperare soluzioni antisettiche e nel caso, solo leggerissime; non soffregare la piaga con batuffoli di garza idrofila, ma semplicemente premere sulla piaga con un po' di garza in modo da non far sanguinare la ferita, ed asciugarla perfettamente, se possibile con corrente di aria calda, prima di cominciare la medicazione successiva.

V. Non impressionarsi dell'aspetto grigiastro e dell'odore emanato dalle piaghe. Sotto la sierosità si vedrà ben presto apparire la cicatrice e la nuova pelle.

Della esuberanza dei bordi carnosi. — Non cauterizzare col nitrato d'argento od altri caustici i bordi che, malgrado il loro sviluppo alle volte esuberante, spariranno a poco a poco.

Ogni volta che avvenga un caso di atonia persistente, o di secrezione esagerata, si può interrompere la cura con la paraffina e sostituirla per 24 ore, con degli impacchi umidi (soluzione fisiologica o acqua leggermente alcoolica) e riprendere la cura della paraffina il giorno seguente. Dopo qualche giorno si vede qualche volta, ma ciò raramente, venire sulla pelle sana intorno alla piaga, delle piccole eruzioni sudative; allora bisogna coprirle con uno strato di pomata all'ossido di zinco o di vaselina con talco, pur continuando ad applicare la paraffina sulla piaga. E. C.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Nuovi studî sull'afta epizootica.

Le ricerche sull'afta epizootica, per quanto continuate da anni ed incoraggiate da larghi mezzi finanziari da parte dei governi interessati, non avevano dato fin qui dei risultati soddisfacenti.

G. Cosco ed A. Aguzzi avevano da oltre un anno comunicato i primi esiti delle loro ricerche, con le quali hanno stabilito l'alta virulenza durante la febbre, dei globuli rossi degli animali ammalati d'afta epizootica e la lunga durata di tale virulenza.

Ora, gli AA. (Roma, Stab. tip. I. Artero, 1917) portano nuovi contributi, basati sopra un'ampia serie di esperimenti e di osservazioni. Risulta da queste indagini che l'inoculazione di emazie virulente e lavate, anche a dosi rilevantissime (35 cmc.), non è capace di determinare l'afta epizootica nelle sue manifestazioni esterne. Essa determina una reazione vaccinale, rappresentata da una elevazione termica (fino a gradi 2 1/2 oltre il normale), che si manifesta quasi immediatamente dopo l'inoculazione, dura circa 24 ore ed è accompagnata da altri fenomeni generali e gastro-intestinali.

Invece l'inoculazione sottocutanea di piccole quantità delle stesse emazie e del siero riproduce la malattia in tutte le sue manifestazioni.

L'inoculazione endovenosa lascia l'animale in uno stato immunitario che, in una semplice prova di orientamento eseguita su sedici bovini e con una sola inoculazione, è risultato di una durata non inferiore ai due mesi.

Con le nuove ricerche tuttavia in corso, gli AA. hanno fiducia di ottenere un'immunizzazione di più lunga durata e di risolvere tale problema in modo esauriente e definitivo.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(854) *Formole dei liquidi Dakin e Giannettasio.* — Al dott. G. B. abb. n. 1239:

Liquido Giannettasio: 300 gr. di ipoclorito di calcio si sciolgono in 300 gr. di acqua distillata; gr. 187.5 di bicarbonato di sodio si sciolgono in un litro di acqua distillata. Si uniscono le due miscele in un boccione di vetro colorato da 3 litri, a chiusura perfetta. Si agita di tanto in tanto per 3 ore, si lascia sedimentare ed il liquido decantato si filtra attraverso carta. Al filtrato si aggiungono 750 cmc. di una soluzione di acido borico al 3 %. Il liquido può essere adoperato puro, ma negli impacchi e drenaggi sarà conveniente diluirlo.

Liquido Dakin: 140 gr. di carbonato di sodio anidro (oppure 400 gr. di carbonato di sodio in cristalli) si disciolgono in 10 litri di acqua e vi si aggiungono 200 gr. di ipoclorito di calcio. Si agita e si lascia depositare per 1/2 ora: si decanta il liquido chiaro, filtrandolo poi attraverso cotone. Si aggiungono al filtrato 40 gr. di acido borico.

L'ipoclorito di calcio, che si usa generalmente per la potabilizzazione dell'acqua è lo stesso di quello componente i detti liquidi; trattasi sempre di un prodotto commerciale, e non chimicamente puro. Nella preparazione dei detti liquidi, si ha formazione di carbonato di calcio (che precipita) e di ipoclorito di sodio, che rimane nella soluzione.

FIL.

ERRATUM. — Il dott. G. Bartolone ci scrive:

Nel fasc. 30 del «Policlinico», sezione pratica, a pag. 935, nello specchio pubblicato riguardante le «Proposte per il servizio sanitario campale» da me inviate, esiste un piccolo errore di stampa, cioè è segnato 1 maggiore nel personale del reggimento mentre invece dovrebbe essere segnato soltanto 1 capitano per il reggimento ed 1 maggiore o capitano per il 1° reparto della Sezione smistamento.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

R. LERICHE. *Traitment des fractures*. Collection Horizon. Volumi due. Prezzo L. 4 ciascuno. Editore Masson et C.ie, Parigi.

È trattato completo sulla terapia delle fratture. Un trattato nel quale trovansi esposte insieme alle antiche indicazioni, i nuovi metodi di cura che la larga esperienza della guerra ha consigliato.

Quando milioni di uomini subiscono fratture d'ogni sede e d'ogni gravità s'impone più che mai come dovere imprescindibile la terapia chirurgica conservativa. E questo indirizzo è seguito scrupolosamente dall'autore.

Per ciascun tipo di frattura è indicato il processo d'immobilizzazione più semplice, più facile, che l'esperienza ha dimostrato più efficace. Per ciascuna specie di frattura l'A. ha esaminato successivamente le particolarità anatomiche, le particolarità fisiologiche, il decorso, le indicazioni terapeutiche primitive, la precisione tecnica necessaria, il trattamento secondario o tardivo.

I due volumi sono ricchi di figure esplicative.

a. a.

A. BROCA et DUCROQUET. *La prothèse des amputés*. Collection Horizon. Prezzo L. 4. Masson et C.ie, Parigi.

L'utilizzazione dei numerosi amputati prodotti dalla guerra, il desiderio di diminuire la loro impotenza in rapporto ai propri bisogni, ha indotto medici e indutriali a perfezionare gli apparecchi di protesi per le varie mutilazioni, già esistenti prima dello scoppio della guerra, a crearne nuovi tipi.

Gli autori in questo manuale non fanno una dettagliata descrizione, nè una elencazione dei molti e multiformi apparecchi che già si trovano in commercio, ma discutono i criterî, danno i principî generali ai quali devono corrispondere le varie protesi per essere veramente efficaci, praticamente utilizzabili in modo da sfruttare nella maggior misura la capacità lavorativa dei mutilati.

Il libro, che risponde ad un vero bisogno del momento, è chiuso da un ottimo capitolo sulla rieducazione dei mutilati. *a. a.*

Colonnello ROBERT JONES. *Notes on military orthopaedics*. 1 vol. in 8°, di 132 pag., con 128 fig., rilegato. Pubblicato dalla Croce rossa inglese. Cassel and Company ed., Londra.

La giusta preoccupazione dinanzi ad un ferito di guerra deve essere quella di far sì che egli ritorni utile a se stesso ed alla società.

Troppo spesso negli ospedali comuni viene scarsamente considerata la funzionalità futura dell'arto, che invece viene sommamente curato negli ospedali ortopedici, sia con i necessari trattamenti operativi, sia sostituendo ai monotoni apparecchi del tipo Zander, delle occupazioni adatte ad ogni singolo caso.

L'A. raccoglie in questo volumetto diversi lavori sull'argomento, da lui pubblicati sul *British medical Journal* dello scorso anno. Le sue osservazioni ed i suoi consigli riusciranno molto utili non per i soli feriti di guerra, ma altresì nella pratica civile. Citiamo fra i capitoli più interessanti quelli su le suture nervose, il trapianto dei tendini, il piede piatto, i disturbi nell'articolazione del ginocchio, ecc.

I. P.

VARIA.

Sulle correnti elettriche emanate dal corpo umano.

È noto che, appoggiando sulla superficie del corpo due elettrodi di argento in connessione con un galvanometro sensibile si notano delle correnti di intensità diversa. Nel caso di *shock* da esplosivi, si notano delle aree cutanee determinate per le quali il galvanometro subisce notevoli deviazioni in confronto della cute normale. Tale fenomeno è stato chiamato dagli inglesi *nerve-leak* (trapelamento della corrente nervosa) ed è stato interpretato come una fuga di elettricità o di energia nervosa, analogamente a quanto avviene nei cavi sottomarini.

W. M. Bayliss (*British med. Journ.* 24 marzo) ha preso in esame questo fenomeno e, dietro una serie di investigazioni, conclude che le pretese correnti emanate dal corpo sono invece dovute ad ineguaglianze degli elettrodi combinata con delle differenze di attività nelle ghiandole cutanee, e che nessuna parte vi prendono le cariche statiche o l'induzione. La «fuga di corrente nervosa» corrisponde a zone in cui la pelle è umida, senza che vi siano indizî di lesioni nei centri nervosi. La teoria che l'elettricità nervosa è prodotta nel cervello e sfugge dai nervi per rottura dell'*isolamento* non è sostenuta da alcuna prova ed è anzi contraria alle nostre conoscenze sui processi fisiologici.

Sulle teorie dell'elettricità nervosa era stato basato un metodo di cura dello *shock* da esplosivi mediante l'applicazione di *olio dielettrico*, che avrebbe agito da isolante dei nervi; ora questo non è altro che olio di vaselina, il quale non può certo passare attraverso la pelle e quindi non raggiunge affatto nè i nervi nè qualsiasi tessuto interno.

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per l'equo trattamento agli ufficiali medici.

Egregio Direttore,

Mi consenta ancora poche parole di replica al dottor *Pangloss.*

Mi ero limitato, nella precedente lettera, a dimostrare infondata l'affermazione che « le promozioni degli ufficiali medici di carriera sono rapidissime » e ciò perchè, fra tante leggende, non si creasse anche questa.

Ritengo che in nessun'arma o corpo dell'Esercito, neppure in quelli amministrativi, si sia verificato il caso che una categoria di ufficiali non abbia conseguito, durante tutto il periodo della guerra, almeno un avanzamento di grado.

Tra i medici militari effettivi ciò invece è avvenuto per un notevole gruppo di ufficiali, e precisamente per gli attuali capitani dall'anzianità del 2 ottobre 1913, fino a tutta l'anzianità dell'8 aprile 1915.

Ora, l'articolo che ha provocato la mia replica, iniziatosi con l'affermazione della *carriera rapidissima* dei medici effettivi, continuava sullo stesso tono pur ammettendo che, per le mutate condizioni generali, i suddetti effettivi non si trovassero in buone condizioni, malgrado i loro *voli di carriera.*

Da tutto ciò derivava netta, decisa, l'impressione che per essi tutto procedesse quasi nel migliore dei modi; perciò credetti utile e doveroso di mettere le cose in chiaro, e sono lieto ora che l'egregio *Pangloss* abbia nettamente riconosciuto e proclamato che le condizioni degli ufficiali medici effettivi non sono tali da destare l'invidia di chicchessia.

Per ciò che concerne la carriera dei colleghi di complemento, ho deplorato per primo che l'ingiusto trattamento fatto nell'Esercito ai medici, i quali non sono considerati come ufficiali combattenti, ma *contabili,* li danneggi agli effetti delle promozioni ai gradi superiori; ma debbo osservare che un ben più grave e diuturno danno, rifiettentesi sulla carriera, sulle condizioni morali ed economiche, e perfino sul trattamento di pensione, deriva agli effettivi dalla suddetta assimilazione ai corpi amministrativi; eppure, tutte le volte che fu levata la voce per rilevare tale ingiustizia, non uno dei tanti giornali medici e Ordini collegiali, non il Fascio parlamentare, si curarono di sostenere le ragioni dell'esiguo gruppo dei colleghi militari!

Speriamo almeno che ora, poichè le conseguenze del *non equo trattamento* colpiscono e danneggiano tutti i medici indistintamente; speriamo, dico, che in quest'ora fatale della storia in cui tutto si muta, l'ingiustizia venga sanata.

Ad essa, e solo ad essa, si deve il mancato passaggio degli ufficiali medici del ruolo ordinario di complemento al grado di maggiore.

Circa poi la quistione dei capitani e dei subalterni, lungi dal sorvolare sull'argomento, avevo creduto di trattarlo con la semplice ed eloquente citazione dell'art. 1 della circolare 752 del G. M. 1916, ove si prescrive:

« Per la durata della guerra l'ufficiale in congedo di qualunque categoria richiamato in servizio, il quale abbia prestato almeno quattro mesi di servizio al fronte, può essere proposto all'avanzamento *insieme* con gli effettivi *di pari anzianità.*

« Naturalmente per essere proposto occorre essere incondizionatamente abile a tutti i servizi ».

Se il dottor *Pangloss* vorrà riprendere l'annuario ed aprirlo nelle pagine che elencano gli ufficiali di complemento, troverà che sono stati promossi a capitano tutti i colleghi di complemento con anzianità del 7 novembre 1915 e che precisamente alla stessa anzianità si è arrestata la promozione dei capitani medici effettivi.

Infatti i 198 tenenti effettivi promossi capitani nel 1915 hanno prodotta la contemporanea, o immediatamente successiva, promozione di 665 tenenti dei ruoli del congedo. I 121 effettivi promossi nel 1916 hanno portato con sè la promozione di 403 colleghi in congedo. Finalmente i 127 effettivi finora promossi nel 1917, hanno già determinata la promozione di 625 ufficiali richiamati. Naturalmente, queste promozioni riguardano in genere i colleghi in zona di guerra.

Identico ritmo di promozioni, e nessuna ingiustificata ed ingiustificabile preferenza di categorie.

La stessa condizione si fa, con effetto dal 31 maggio scorso, anche agli ufficiali medici della Croce Rossa che si trovano con l'Esercito operante, sicchè quel tenente anziano della Croce Rossa di cui *Pangloss* riporta il lamento... è probabilmente già capitano senza essersene accorto!

È un fatto però che l'avanzamento, l'avvicendamento, lo stipendio e l'impiego degli ufficiali della Croce Rossa non sono ancora assimilati completamente a quelli degli ufficiali di complemento dell'Esercito, e questo è, anche a mio parere, grave inconveniente.

E, per terminare, e terminar bene, mi per-

metta il cortese e valente collega *Pangloss* di affermare che non concordo con lui circa un difetto di spirito di colleganza e di fraternità che regnerebbe, in guerra, fra medici effettivi e medici di complemento.

Potranno esservi stati, nel gran numero, casi speciali di discrepanza e di malcontento, la cui eco sia pervenuta a *Pangloss;* ma più che fra medici effettivi e medici di complemento, saranno stati dissidi e divergenze di vedute fra inferiori e superiori gerarchici (e questo è avvenuto spesso anche quando quei superiori gerarchici non appartenevano al corpo sanitario militare di carriera); ma in linea generale c'è stata sempre, fra tutti, schietta ed affettuosa colleganza.

Me ne appello ai valorosi e carissimi amici ufficiali medici richiamati, che tanto nella guerra italo-turca, come nell'attuale, alla Sezione di Sanità, all'Ospedaletto someggiato, e più tardi al Lazzaretto da campo, ebbi miei fraterni e preziosi collaboratori.

Maggiore medico G. MENDES.

*
* *

Tre cose, diceva un illustre avvocato, di solito replicano: il terremoto, il colpo apoplettico ed il pubblico ministero. Lungi da me il desiderio di imitare simili disastri. Non replicherò. Tanto più che non ne mette conto. Nelle quistioni fondamentali siamo d'accordo; nelle altre, in quelle di dettaglio, la concordanza di opinioni non è necessaria, perchè i fatti per quanto deformati dai proprî convincimenti e dal proprio interesse, resistono ad ogni discussione. E tra ammissioni e reticenze la materia controversa è ridotta a ben poco.

Come da ogni male sorge un bene, dalla nostra polemica noi possiamo trarre questa utile conseguenza che gli interessi degli ufficiali medici effettivi e di complemento non sono contrastanti, che ci sono delle comuni rivendicazioni da sostenere. Prima fra tutte quella che i medici siano considerati ufficiali combattenti, il che mentre si rifletterebbe favorevolmente sulla carriera di quelli effettivi, darebbe la possibilità ai medici di complemento di raggiungere il grado di maggiore. Occorre anche ottenere che siano modificati i regolamenti in modo che le assegnazioni dei gradi e le promozioni degli ufficiali medici di complemento non siano regolate solo dall'anzianità, ma con quei criterî professionali che renderebbero impossibili le deplorevoli conseguenze del sistema attuale, conseguenze di cui ho dato un cenno nello scorso numero. Rispettivamente sarebbe conveniente che le proposte di promozioni per meriti eccezionali dimostrati in servizio, per ovvie ragioni di competenza scientifico-professionale, non seguissero per i medici la regola comune, di dover avere cioè il beneplacito dei comandanti delle armate, che, pare, boccino tutti gli ufficiali medici di complemento.

Ottenere tali modificazioni o correzioni provvisorie del regolamento non è impossibile se si pensa che già molti ritocchi, e con tendenza favorevole ai medici, sono stati fatti, ultimo quello che consente ai medici della C. R. un trattamento analogo a quelli di complemento.

Occorrerebbe, infine, e su questo non si è troppo insistito per ovvie ragioni, distribuire con la maggiore equità possibile, il lavoro, i pericoli, ed i profitti economici immediati.

E con ciò chiudo per mio conto la discussione col dottor Mendes, che anche in questa occasione ha fatto apprezzare le sue qualità di mente e di carattere, talchè la polemica ha potuto svolgersi senza incresciose personalità e, speriamolo, con vantaggio di tutti.

Chiusa la discussione serena con il maggiore Mendes, non crediamo di rispondere a chi ci ha attribuito opinioni che non abbiamo mai avute e quindi non abbiamo mai espresse.

La nostra dignità e le consuetudini di questo giornale ci impediscono poi di rilevare affermazioni che possono far torto a chi le ha formulate.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Sulla posizione dell'on. Brunelli. — *L'ordine dei Medici della provincia di Rovigo,* convocato in assemblea generale straordinaria il giorno 8 luglio 1917, riaffermando la sua fede negli alti destini della Patria, orgoglioso che tanti colleghi sui campi di battaglia e negli ospedali portino largo contributo di valore e di intelligenza per la grandezza d'Italia, deplora la condotta dell'on. dott. Brunelli, e lo invita a dimettersi da loro rappresentante al Consiglio Superiore di Sanità ».

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Padova pure apprezzando l'opera svolta dall'on. Brunelli in seno al Consiglio Superiore di Sanità a vantaggio della classe medica italiana e dei problemi igienico-sanitari, riconoscendo il sentimento di Patria essere necessario ed indiscutibile nella attuale guerra per la libertà dei popoli e al di sopra e all'infuori di ogni partito politico, afferma il proprio dissenso dall'on. Brunelli.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Genova, certo d'interpretare il pensiero della grandissima maggioranza dei colleghi iscritti, ha deplorato l'atteggiamento attuale del rappresentante degli Ordini nel C. S. di Sanità in urto col sentimento patriottico della classe medica italiana e ha deliberato di dare incondizionata adesione all'Ordine del Giorno dell'Ordine di Venezia.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Forlì, nell'impossibilità di indire l'assemblea generale dell'ordine dei medici della provincia data l'assenza di molti sanitari dalla propria residenza per ragioni militari, ha indetto un « referendum » fra i propri inscritti, perchè si pronunciassero sull'atteggiamento antipatriottico dell'on. Brunelli. Al « referendum » risposero 53 sanitari, di cui 51 si pronunciarono contro l'on. Brunelli.

L'Ordine di Aquila riconoscendo ed apprezzando l'opera svolta dall'on. Brunelli, non ne approva l'atteggiamento ecc., e delibera di invitarlo a rassegnare le dimissioni da rappresentante degli Ordini nel C. S. di S.

L'Ordine di Ferrara con eguali premesse, giunge alle stesse conclusioni.

L'Ordine di Bergamo, con eguali premesse, ritiene incompatibile la posizione dell'on. Brunelli come rappresentante degli Ordini nel C. S. di S.

L'Ordine di Brescia fa altrettanto.

L'Ordine di Belluno esprime il voto che l'on. Brunelli rassegni le dimissioni da membro del C. S. di S.

L'Ordine di Macerata convinto che la trattazione di tale argomento eccede la competenza degli Ordini, delibera di non entrare in merito alla questione e passa all'Ordine del giorno.

L'Ordine di Napoli dopo lunghe premesse deplora la condotta dell'on. Brunelli e lo invita a cambiar strada e ad essere più ligio al sentimento patrio della maggioranza medica italiana, ecc.

L'Ordine di Palermo ecc. ecc., esprime il voto che non si possa mantenere all'on. Brunelli la fiducia come rappresentante del C. S. di S.

L'Ordine di Ravenna rimanda a tempi più propizi il discutere e votare come ognuno crederà.

L'Ordine di Sassari ecc. ecc., dichiara incompatibile la carica affidata dagli Ordini dei medici all'on. Brunelli col voto politico di questi.

L'Ordine di Sondrio, considerato che una votazione in proposito esorbita dalle funzioni dell'Ordine, passa all'Ordine del giorno.

L'Ordine di Udine ecc. ecc., deplora che l'on. dottor Brunelli mantenga ancora il suo mandato di rappresentante degli Ordini nel C. S. di S.

L'Ordine di Verona ecc. ecc., vivamente deplora che l'on. Brunelli non senta la incompatibilità della sua posizione, lo invita a dare le dimissioni da rappresentante degli Ordini nel C. S. di S.

La sezione Milanese per l'Associazione generale dei medici condotti ritenuto insanabile il proprio dissenso di pensiero dalla opinione politica manifestata dall'on. Brunelli nei riguardi della guerra mondiale e nazionale da cui dipendono l'avvenire della patria, della libertà, e della civiltà del mondo, ritiene incompatibile la permanenza del dott. Brunelli a Presidente dell'Associazione nazionale dei medici condotti.

(Notizie riportate dal *Bollett. d. Camera Sanit. e dell'Ord. d. Med. di Venezia,* agosto 1917).

L'indennità speciale di guerra agli impiegati degli enti locali. — Con decreto in data 26 luglio promosso dal Ministero dell'interno è stata resa obbligatoria per le provincie e i comuni la spesa per corrispondere dal primo luglio in poi una speciale indennità agli impiegati.

L'indennità è ragguagliata a quella stabilità per gli impiegati dello Stato con opportuni temperamenti ferme restando le eventuali maggiori concessioni già fatte dalle provincie e dai comuni.

Per procurarsi i relativi mezzi le provincie e i comuni sono ammessi ad ottenere ove occorra mutui dalla Cassa Depositi e Prestiti all'interesse di favore del 3 per cento. Se il mutuo è contratto con altro istituto lo Stato concorrerà nella misura del due per cento al pagamento dell'interesse. Ove non si provveda alla concessione dell'indennità nel termine di 30 giorni dalla pubblicazione del decreto provvederanno di ufficio le giunte provinciali amministrative.

I foraggi per le cavalcature dei medici condotti. — L'on. Brunelli ha prospettato a più riprese al ministro dell'interno l'opportunità di adottare in proposito provvedimenti di favore analogamente a quanto è stato fatto per i veterinari condotti; ma fin'ora ha avuto risposte evasive.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Il giorno 24 luglio si è riunito in sessione plenaria il Consiglio Superiore di Sanità, presieduto dall'illustre senatore prof. Golgi.

Il Direttore generale della Sanità ha riferito sullo stato attuale della diffusione della tubercolosi in Italia e sulla lotta contro tale malattia, illustrando il programma di azione diretta contenuto nel Decreto-Legge che S. E. il Ministro dell'Interno ha sottoposto alla Sanzione Sovrana.

Il Consiglio, dopo ampia discussione, rilevando che il programma stesso, organico in tutte le sue parti, apre un'èra nuova e più feconda nella lotta contro la grave infezione, ha rivolto un vivo plauso a S. E. il Ministro dell'Interno, votando per acclamazione il seguente ordine del giorno (parzialmente pubblicato nel fascicolo scorso):

« Il Consiglio Superiore di Sanità:

Udita la dotta e lucida relazione del Direttore generale della Sanità pubblica su le provvidenze che il Governo sta per adottare per la lotta contro la tubercolosi, provvidenze che corrispondono a voti da tempo formulati dal Consiglio e nel Paese; rileva con vivo compiacimento che, anche durante lo stato di guerra, l'Italia, in grazia dei provvedimenti applicati per la generale tutela dell'Igiene e della Sanità pubblica, non ha perduto la favorevole posizione di che ha sempre goduto, in riguardo alla diffusione della tubercolosi, in confronto con gli altri Paesi civili; ed esprime il voto che la convincente relazione sia data alle stampe ed ottenga la maggiore diffusione (1).

Il Consiglio rileva con viva soddisfazione che i propositi del Governo per la lotta contro la tubercolosi si compendiano nei seguenti ordini di provvedimenti:

istituzione ed estensione di dispensari, di centri diagnostici e dei vari istituti igienico-educativi d'ordine scolastico, e di propaganda popolare, asili marini e montani temporanei e permanenti, ecc.:

estensione e nuova creazione d'opere ed istituti d'assistenza speciale, anche a vantaggio dei valorosi nostri soldati resi invalidi dalla tubercolosi, in rapporto cogli obblighi contemplati dalla legge per gli invalidi di guerra;

rivolge un caldo plauso a S. E. il Ministro Orlando, che, compreso della necessità di assicurare al Paese nostro i benefici di una più diretta ed efficace lotta contro la tubercolosi, ne ha apprestato i mezzi per l'immediata attivazione con appositi, notevoli stanziamenti di bilancio, con la concessione di mutui ad interesse intieramente a carico dello Stato, per facilitare l'istituzione e l'esercizio di luoghi di cura per i tubercolosi. E confida che per tal modo e con l'applicazione sempre più diligente delle provvidenze d'igiene generale e de' risanamenti dei luoghi abitati cittadini e rurali, s'inizi pel nostro Paese una nuova e più feconda èra nel campo della difesa sociale contro la tubercolosi.

Fa voti perchè il progetto su le assicurazioni contro le malattie e la invalidità, di cui il Governo ha assunto innanzi il Parlamento esplicito impegno, diventi al più presto legge dello Stato, e che questa risulti ad un tempo organismo potente di opere di prevenzione e di assistenza ».

*
* *

Il Consiglio, inoltre, ha votato unanimemente il seguente ordine del giorno di plauso alla Amministrazione sanitaria civile ed ai Corpi sanitari dell'Esercito e della Marina:

« Il Consiglio:

Riconoscendo che il soddisfacente stato sanitario del Paese in guerra è dovuto all'opera vigile e solerte della Direzione generale della sanità pubblica sotto l'alta guida del Ministro, ed ai contributi di abnegazione resi da tutti i funzionari della Amministrazione centrale e provinciale, dagli ufficiali sanitari, dai medici condotti; il Consiglio rivolge all'Amministrazione sanitaria dello Stato ed a tutti i suoi collaboratori una calda parola di lode.

Rilevando ancora che all'insigne opera di profilassi collaborarono costantemente, con fervore di pensiero e d'azione, i valorosi Corpi Sanitari dell'Esercito e della Marina, rivolge anche ad essi ed agli illustri loro Capi il suo plauso; e trae argomento a bene sperare per l'avvenire della lotta, che contro la tubercolosi si va intensificando, dalla illuminata e sempre più attiva cooperazione fra le Amministrazioni sanitarie civili e militari già tanto benemerite del Paese ».

*
* *

Dopo ciò il Consiglio è passato all'esame degli affari inscritti all'ordine del giorno.

In materia di aumento di stipendio a medici condotti, deliberati di ufficio dalle Giunte provinciali amministrative, ha respinto i ricorsi presentati dai Comuni di Lauria (Potenza) e Gambarana (Pavia); ha dichiarato irrecivibile perchè tardivamente prodotto il ricorso del Comune di Palazzo S. Gervasio (Aquila), mantenendo fermi, di conseguenza, gli aumenti accordati.

Ha accolto invece il ricorso del Comune di S. Giovanni a Teduccio (Napoli) per vizio di procedura, perchè la G. P. A. ha proceduto alla sua deliberazione senza la prescritta contestazione dei motivi al Comune.

Per quanto riguarda aumenti di assegno ad Ufficiali Sanitari, deliberati dalle G. P. A., ha respinto i ricorsi presentati dai Comuni di Tramutola (Potenza) e Amantea (Cosenza) restando, così, fermi gli aumenti accordati.

Ha dichiarato inammissibile il ricorso dell'Ufficiale Sanitario di Formia (Caserta) contro la decisione della G. P. A., che negava di esaminare una sua domanda di aumento di assegno, e ciò perchè in virtù dell'art. 26 del Testo Unico delle leggi sa-

(1) La relazione stessa è da noi inserita in questo fascicolo (pag. 1014 e segg.).

nitarie, soltanto ai Comuni è consentito il ricorso contro i provvedimenti della Giunta Provinciale Amministrativa nella speciale materia.

A questo riguardo il Consiglio ha fatto voto perchè con opportuni provvedimenti si rendano possibili, anche ai Sanitari, ricorsi del genere, e perchè, nel caso speciale, si esamini se la deliberazione di cui si tratta, può essere annullata di ufficio.

In materia di aumento di stipendio a veterinari condotti, essi pure deliberati dalle G. P. A., ha respinto il ricorso del Comune di Carrara (Massa), confermando, in tal modo, i miglioramenti già disposti.

*
* *

Il Consiglio, inoltre, ha esaminato i ricorsi del dott. Amoretti contro le operazioni per l'elezione del Consiglio amministrativo dell'Ordine dei medici di Genova, avvenute una prima volta il 29 novembre 1914 ed una seconda volta il 28 marzo e 25 aprile 1915.

Prescindendo dal primo ricorso, essendo cessata la materia del contendere, poichè il Consiglio Amministrativo eletto il 29 novembre 1914 ha rassegnato le sue dimissioni che furono accettate, il Consiglio Superiore di Sanità, in accoglimento del secondo ricorso ha annullate le operazioni elettorali compiute il 28 marzo e 25 aprile 1915, perchè esse procedettero in modo irregolare ed insanabile.

Difatti l'assemblea nella seduta del 28 marzo, contrariamente a qualsiasi elementare norma di procedura elettorale, poichè uno dei soci denunziò la manomissione della sua scheda, sospese il proseguo delle operazioni, invece di inserire a verbale le dichiarazioni del socio stesso e la discussione seguitane, e suggellare la scheda incriminata da denunziare all'Autorità giudiziaria ad elezioni compiute.

Oltre a ciò, nella ripresa del 25 aprile 1915, il Seggio fece votare dall'assemblea un ordine del giorno tendente a sospendere le elezioni perchè fossero comunicati gli atti al Consiglio Superiore di Sanità per gli ulteriori provvedimenti. Ciò non è ammissibile, in quanto l'assemblea era riunita per votare non per discutere, nè poteva, perciò, essere messo in discussione l'ordine del giorno di cui sopra.

Di più il Seggio rimase in funzione anche dopo che il Presidente ebbe sciolta l'assemblea, continuando la verifica delle schede pervenute per lettera, operazioni queste che il Seggio avrebbe dovuto fare non in segreto, ma alla presenza immediata e continua degli elettori.

*
* *

Il Consiglio ha dato parere sui ricorsi dei farmacisti Luraghi ed Agliati contro la istituzione di una farmacia nel Comune di S. Fedele di Intelvi (Como).

Ha dato parere su alcune proposte di modificazione al Regolamento 28 febbraio 1907, n. 61, per l'applicazione delle leggi per la lotta contro la malaria, relative al modo di erogazione dei sussidi, sul fondo degli utili dell'Azienda del chinino di Stato.

Ha designato il senatore prof. Pio Foà dell'Università di Torino e l'on. prof. Pietravalle, deputato al Parlamento, quali componenti il Consiglio Amministrativo dell'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra.

Infine ha dato parere su due domande di pensione privilegiata e su numerose domande di brevetto per privativa industriale.

*
* *

Il giorno 26 luglio una Commissione composta della Presidenza del Consiglio Superiore, e cioè del senatore prof. Golgi, Presidente, e senatore professor Marchiafava, Vicepresidente, e di una rappresentanza del Consiglio stesso, è stata ricevuta da S. E. il Ministro Orlando, cui ha presentato l'ordine del giorno votato in relazione ai provvedimenti contro la tubercolosi, esprimendo nuovamente a voce il plauso ed il compiacimento del Consiglio per l'azione illuminata e feconda di buoni risultati che sta per iniziarsi nella lotta contro la grave malattia.

S. E. il Ministro ha accolto con la massima cordialità la Commissione, dicendosi lieto dell'appoggio e del consenso che gli ha dimostrato il più alto Consesso tecnico del Paese ed ha assicurato che Egli, forte di tale appoggio, darà opera sempre più vigorosa in tutto quanto concerne la salute pubblica e la difesa del Paese contro le malattie infettive e segnatamente la tubercolosi.

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

Riporto come dal fasc. 29 . . . . . L. 731.57

(Raccolte tra la famiglia medica della testa di linea di Cormons):

Ten. Perazzi dott. Andrea . .	L. 5.00	
Capp. mil. Don Buranzon . .	» 5.00	
Ten. Bertoli dott. Pietro . .	» 5.00	
S. Ten. Foffano dott. Antonio	» 5.00	
Ten. amm. Orengo Lorenzo . .	» 5.00	
Cap. Reggiani dott. Pietro . .	» 5.00	
Cap. Cattaneo dott. Giacomo	» 5.00	
S. Ten. Izzo dott. Gaetano .	» 5.00	
Capp. mil. Don Abbatiello . .	» 5.00	
Ten. Rossi dott. Pierluigi . .	» 5.00	
Ten. farm. Chisoli	» 5.00	
Ten. Manera dott. Carlo . .	» 5.00	
S. Ten. Rapisardi Enrico . .	» 5.00	
S. Ten. Mazzocchi dott. Tito	» 5.00	
Cap. Rebizzi dott. Roberto .	» 5.00	
Cap. Sivori dott. Carlo . . .	» 5.00	
Ten. Sartori dott. Attilio . .	» 5.00	
Ten. Gamacchio dott. Piero .	» 5.00	
Ten. Marinoni dott. Remigio	» 5.00	
S. T. D'Antona dott. Leonardo	» 5.00	
Capp. mil. Emiliani Giovanni	» 5.00	
Magg. Pazzi prof. Muzio . .	» 5.00	
Ten. Fusco dott. Vincenzo . .	» 5.00	
S. Ten. Fenoglio dott. Luigi .	» 5.00	
Cap. Tronconi dott. Tito . .	» 5.00	
Ten. Villari dott. Letterio . .	» 5.00	
Ten. Ortona dott. Filippo . .	» 5.00	
Ten. comm. Vaini Minghelli .	» 5.00	
Ten. art. Zuccardi Merli Sergio	» 5.00	
Ten. farm. Gamberini Armando	» 5.00	
Ten. capp. Pirri Don Ernesto .	» 5.00	
S. Ten. Pollini dott. Luigi . .	» 5.00	
Ten. Catucci dott. Dino . . .	» 5.00	
Ten. Marzagaglia dr. Giovanni	» 3.00	
N. N.	» 5.00	
Totale . . .	——	L. 173.00
Fidanza dott. Giov. Batt. - Serrapetrona		» 10.00
Geriola dott. Giov. Batt. - Quarto dei Mille		» 10.00
A riportare . . .		L. 924.57

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6922) *Alloggio in natura.* — Dott. A. C. da B. — I comuni consorziati non sono tenuti a corrisponderle la indennità di lire 250 per lo alloggio perchè da nessun atto risulta che i medesimi si sono rifiutati a corrisponderlo in natura. Faccia domanda al capo consorzio perchè regolarizzi la questione dello alloggio e solo quando esso risponderà che non può provvedervi per speciali circostanze locali, potrà richiedere, in sostituzione, la corrisponsione della indennità relativa. La quale indennità dovrebbe far carico al Comune capo consorzio che non ha mai perduta tale qualità e che è da supporre essere stato dichiarato capo-consorzio appunto perchè si assumeva a suo esclusivo carico l'onere dello alloggio.

(6923) *Medico a scavalco - Dimissioni.* — Dott. E. B. da P. — Essendo medico a scavalco nel comune viciniore e, quindi, senza nomina regolare in base a capitolato e senza contratto, può sempre rassegnare le proprie dimissioni dandone preavviso al Comune un congruo tempo prima per porlo in grado di provvedersi di altro sanitario. Non è improbabile che, rassegnate le dimissioni, il Prefetto, per assicurare il servizio di assistenza sanitaria civile in quella località, lo requisisca, ma in tal caso è il Prefetto stesso che stabilisce le competenze che Le si dovranno corrispondere, tenuto, naturalmente, conto dell'attuale caro viveri e dell'accresciuto prezzo dei foraggi occorrenti pel mantenimento della cavalcatura. Il compenso che venisse determinato dal Prefetto è insindacabile.

(6925) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. A. R. C. da F. — L'articolo 1° del D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420, estende le disposizioni relative al trattamento economico degli impiegati civili dello Stato chiamati sotto le armi a quegli impiegati comunali che abbiano ottenuto la nomina a posti compresi nella relativa pianta organica. Or, nella pianta organica si trova compreso il posto *di medico condotto* ma non quello di *medico condotto interino,* e perciò non possono a questo ultimo essere applicate le norme, che per supremo fine di equità e di giustizia, furono dettate a favore dei primi. Se fosse diversamente si verrebbero ad aggravare le condizioni dei Comuni in maniera molto sensibile. Potendo, invero, un Comune incorrere nel bisogno di cambiare, per successive chiamate sotto le armi, più di un medico condotto interino, sarebbe costretto a concedere ad ognuno di essi, nel lasciare il servizio, due interi mesi di stipendio e successivamente la differenza fra lo assegno militare e quello civile; differenza che potrebbe essere anche abbastanza elevata, se si tien conto della maggiore entità dello stipendio che al medico interino, in vista appunto della precarietà della sua posizione, suole essere ordinariamente corrisposto.

(6926) *Indennità caro-viveri - Spettanza.* — Dottor XXX. — Nessuna legge o regolamento stabilisce l'obbligo pel Comune di corrispondere l'indennità caro-viveri ai propri impiegati e, quindi, non è detto se di essa debbono usufruire i soli impiegati con nomina stabili od anche quelli assunti in via provvisoria. Crediamo, però, che se il Comune ritenga equo concedere qualche speciale indennità agli impiegati per rendere loro più agevole la vita nell'attuale momento, debba farlo per tutti, senza distinzione di origine o della posizione di carriera di ciascuno di essi.

(6927) *Elenco dei poveri - Criterii - Riduzione di una condotta medica ai soli poveri.* — Dott. R. N. da D. — Non si può determinare *a priori* il criterio che deve seguire la Giunta comunale nella redazione dello elenco dei poveri ammessi alla cura

gratuita, dovendosi tener conto, nei singoli casi, dello stato generale economico della popolazione e delle condizioni igieniche e sanitarie della località. Le Giunte comunali esercitano in tale materia un potere insindacabile da parte delle superiori autorità. Il medico condotto deve essere inteso nella redazione di detto elenco ed ha diritto di intervenire nella relativa adunanza della Giunta. La somministrazione gratuita dei medicinali incombe ai Comuni se ed in quanto ad essa non sia già provveduto o non si debba provvedere da Opere Pie o con altri mezzi od in virtù di altre leggi. I poveri non hanno diritto alla cura alimentare. Certamente le persone agiate residenti nella borgata, distante diversi chilometri dal domicilio del sanitario, debbono ad esso corrispondere compenso di maggiore entità di quello che corrispondongli le persone domiciliate nel centro dovendosi tener calcolo della spesa che il medico deve sostenere per accedere alle loro chiamate. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. P. C. da S. L.:

Occorrerebbe vedere come è stata fatta la dichiarazione del terzo collegio medico di visita.

Infatti se il collega fosse stato dichiarato inabile permanentemente a *qualsiasi servizio*, il trattenerlo alle armi sarebbe illegale.

All'abb. n. 343:

La risposta è stata già data ripetutamente.

Gli ufficiali medici che conseguirono il grado in un ruolo speciale di complemento, in base a titoli, non possono venir promossi per anzianità, ma solo in seguito alla conquista di altri titoli, oppure per proposta di merito eccezionale.

(Art. 13). L'essere o no mobilitati non ha valore che *per i sottotenenti e i tenenti.*

Al dott. F. S., Zona di guerra:

Occorrerebbe che l'autorità prefettizia testificasse la sua indispensabilità e quindi la necessità del suo esonero.

Però se tale esonero dapprima goduto gli è poi stato tolto, riteniamo difficile che la suddetta autorità rilasci tale dichiarazione.

All'abb. n. 4519:

Per gli ufficiali richiamati dal congedo non si può parlare di vero e proprio quadro di avanzamento.

Essi vengono promossi appena sono stati promossi gli ufficiali effettivi di pari anzianità.

Bene inteso occorre la proposta d'avanzamento da parte dell'autorità da cui essi dipendono.

Nel caso speciale si può dire che la promozione degli effettivi con anzianità 24 febbraio, non è ancora effettuata ma che lo sarà presto.

All'abb. n. 2056:

Se il collega è stato autorizzato a fregiarsi soltanto della medaglia commemorativa pel terremoto calabro-siculo, non può, senza avere un'altra e diversa speciale autorizzazione, fregiarsi della medaglia di *benemerenza speciale* pel servizio prestato in quell'occasione.

Al dott. G. F., C. d. C.:

Non sarà forse giusto, ma è legale. Infatti il Ministero dà l'indennità ai medici richiamati di autorità, che *non avevano alcun obbligo* di servizio. L'appartenere alla Croce Rossa significa invece aver legalmente contratto degli obblighi di servizio.

All'abb. n. 8470:

Data la giovinezza della sua classe, se sarà riconosciuto idoneo, gli verrà tolto l'esonero.

All'abb. n. 6063:

I tenenti di complemento con anzianità 1 aprile 1916 possono, in base alla circolare n. 752 del G. M. del 9 dicembre, essere inscritti sul quadro di avanzamento. Dovranno però attendere la promozione degli effettivi che, per ora, sono stati promossi con l'anzianità del 10 novembre 1915.

All'abb. n. 9067:

La visita passata dalla Commissione di Firenze non ha altro scopo che stabilire l'idoneità o meno a prestar servizio nelle varie formazioni di guerra, ma non ha valore medico-legale. (È una specie di visita preliminare). Quindi perfettamente legale è stata la procedura posteriore a cui il collega è stato sottoposto e non vi è possibilità di ricorso. Non è escluso che date le concordi ultime dichiarazioni il collega possa venir mandato in zona di guerra, però in ospedali territoriali o *territorializzati*. Il servizio di guardia in un ospedale territoriale è considerato come un servizio sedentario.

All'abb. n. 5054:

Non vi è nessuna disposizione che stabilisca che uno dei tre fratelli mobilitati, col padre infermo, possa ottenere di prestar servizio in zona territoriale, presso la famiglia.

Però il collega potrebbe fare una circostanziata domanda per ottenerlo *in via eccezionale*, date le tristi condizioni della sua famiglia.

Circa poi l'indennità speciale per gli ufficiali ammogliati, essa è sostituita, in zona di operazioni, dall'indennità di guerra. Più indennità non si possono infatti cumolare.

Al dott. N. V., Zona di guerra:

Inoltri un reclamo al Ministero esponendo la situazione, e citando la data della sua prima domanda.

Il reclamo deve essere inoltrato per via gerarchica, e *nessuna* autorità può arrestarlo nel suo corso, come non avrebbero dovuto arrestare neppure la domanda, limitandosi tutt'al più ad annotarla con parere sfavorevole.

Al dott. F. F. da N. S. N.:

Sarà certamente sottoposto a nuova visita.

Però data la riduzione del visus in occhio a meno di $^1/_{12}$ sarà nuovamente dichiarato inabile.

All'abb. n. 7733:

Se la domanda fosse pervenuta al Ministero il collega avrebbe dovuto esser già stato nominato effettivo.

Si informi che via ha fatto la sua domanda e se occorre la rinnovi.

NOTIZIE DIVERSE

In onore del prof. Achille De Giovanni.

Il periodico *Folia medica* di Napoli ha dedicato al grande scomparso un numero speciale in cui gli allievi hanno illustrato le note più caratteristiche del Maestro e del suo indirizzo clinico e biologico.

La parte tecnica è esposta con pienezza di conoscenza dal prof. Viola. Il Galdi schizza efficacemente la figura del maestro di clinica. Mentre Carlo Pivaroni tesse con sentimentale tenerezza la vita del De Giovanni, i migliori scolari (Massalongo, Pennato) ricordano affettuosamente il clinico. L'assistente Bertelli dà una accurata bibliografia di tutti i lavori. Il numero termina con l'orazione che il prof. Castellino ha pronunziato nell'anfiteatro delle cliniche mediche di Napoli, alla presenza delle autorità e di gran pubblico, in onore del maestro col quale egli ha tanta affinità di pensiero e di indirizzo. È una commossa ed alta perorazione per il significato degli studi clinici, quale via diretta ed immediata alla conoscenza della biologia generale, all'educazione dello spirito verso le maggiori virtù civili e morali.

In memoria del prof. A. Riva

si stanno apprestando degne onoranze nella città di Parma. Non appena le condizioni della Patria lo consentiranno, colleghi ed amici converranno colà ad inaugurare un ricordo marmoreo all'illustre clinico nella Università.

Beneficenza.

S. A. R. Elena di Francia duchessa d'Aosta, ispettrice generale delle infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana, ha ricevuto da un Comitato italiano pro Croce Rossa di Buenos Ayres, presieduto dalla marchesa Morra, la somma di lire 50,000, ricavo di uno spettacolo di beneficenza.

S. A. R., d'accordo col senatore conte Della Somaglia, presidente dell'Associazione, le ha destinate alle opere antitubercolari della Croce Rossa.

Per l'assistenza ai militari tubercolotici.

Allo scopo di assistere i militari riformati per affezioni tubercolari, il Presidente Generale della Croce Rossa ha ordinato a tutti i Comitati dipendenti che, d'accordo coi Medici Provinciali, con i Comitati d'organizzazione civile e con quelli antitubercolari eventualmente esistenti, sia costituita una Commissione speciale che tracci il programma dell'opera.

TEODORICO ROSATI

Colpito da malore improvviso, a 57 anni, il 31 del mese scorso, in Aquila, dove si era recato per tenere una conferenza in favore dell'Organizzazione civile, spegnevasi il generale medico della Regia marina, prof. TEODORICO ROSATI.

Gagliardia di mente e di cuore, unita a larga coltura scientifica e letteraria, gli avevano procurato oltre le soddisfazioni della carriera, la estimazione di quanti lo conobbero.

Scrittore chiaro ed elegante, oratore affascinante, egli lascia vasto rimpianto così nel campo della scienza dove si segnalò con pregiati lavori, come in quello della politica sociale, e ne fanno fede le splendide monografie sulla emigrazione e sulla profilassi della tubercolosi.

Dell'opera Sua a Scutari sapremo i particolari a fine della guerra; certo Egli, in quella importantissima missione, che abbandonò solo quando l'Albania fu invasa, dimostrò come l'arte medica, se animata dalla fiamma della fede nella civiltà, sappia fare meglio della diplomazia gl'interessi della nazione.

Noi, che lo ebbimo specialmente caro quale compagno di lavoro, giacchè innamorato della specialità frequentò a lungo la Clinica di Roma e ne uscì libero docente allorquando la nostra schiera aveva scarsi militi, ne sentiamo più dolorosamente la perdita.

Nelle molteplici manifestazioni della Sua attività teneva ad onore lo studio della otorinolaringoiatria di cui dettò ammirevoli corsi di lezioni nella Università di Napoli e dette alle stampe numerosi importanti lavori.

Rosati lascia un vuoto che sarà a lungo sentito nella Marina, cui dedicò le migliori energie, nella Scienza, che onorò del Suo ingegno, nella famiglia, che adorava, e fra gli innumerevoli amici, che gli erano devoti.

Prof. GHERARDO FERRERI.

Indice alfabetico per materie.

Afta epizootica: nuovi studi . . . . Pag. 1023
Antisettici Dakin e Giannettasio . . . » 1023
Correnti elettriche emanate dal corpo umano . . . . » 1023
Eterizzazione sul mutismo, nella disfonia e nella tachipnea di natura isterica . . . . » 1005
Ferite con lesione della faccia e dei mascellari . . . . » 1018
Ferite dei vasi: sintomi ascoltatori . . Pag. 1020
Frattura parcellare da strappamento del grande trocantere . . . . » 1012
Paraffina: applicazioni in terapia . . . » 1021
Singhiozzo nelle affezioni dell'apparato cardio-vascolare . . . . » 1020
Tubercolosi: provvidenze statali . . . » 1014
Ufficiali medici: equo trattamento . . » 1025

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, resp.

Anno XXIV. *Roma, 19 agosto 1917* Fasc. 34

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: P. F. Arullani: La vitiligo nell'eredo-sifilide. — **Note di tecnica:** G Egidi: Metodo per utilizzare nella ricerca operatoria dei corpi estranei i dati forniti dai raggi X. — **Medicina sociale:** A. Ranelletti: Per la vigilanza igienico-sanitaria del lavoro. — P. Bolognini: La Croce Rossa e la tubercolosi. — **Servizi sanitari:** G. Perez: Sul funzionamento del servizio chirurgico di guerra e dei «Gruppi Chirurgici». — G. Pisanò: L'operazione precoce dei feriti: le pattuglie chirurgiche. — **Note e contributi:** T. Rossini: Prima medicazione delle ferite di guerra. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: La diagnosi ed i caratteri clinici della gotta. — TERAPIA: Escare ed ascessi da iniezioni di chinino. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Rapporti della milza col fegato e col sangue. — NOTE DI MEDICINA SOCIALE: Il significato dei rumori presistolici. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: I. P.: L'emancipazione delle levatrici? — **Atti parlamentari.** — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI SAN LUIGI IN TORINO.
(Sezione Dermatologica
diretta dal Prof. CARLO VIGNOLO-LUTATI).

La vitiligo nell'eredo-sifilide

per il prof. PIER FRANCESCO ARULLANI
docente nella R. Università.

La questione della vitiligo e della sifilide ereditaria è affatto recente, e del più alto interesse.

Il primo caso è forse quello riferito da Friedlaender (1) nel 1911, in cui trattavasi di una giovinetta con reazione di Wassermann positiva, nata da un padre sifilitico da più di dieci anni, e con reazione di Wassermann pure positiva; in detta giovinetta la vitiligo era apparsa dopo un morbillo. Più tardi, nel 1914, Crouzon e Foix (2), alla Società medica degli Ospedali di Parigi, presentarono una ragazza di 19 anni, senza stigmate di sifilide acquisita, con stigmate invece di sifilide ereditaria (alterazioni dentarie, volta palatina ogivale) e con una vitiligo da nove anni; la madre di detta ragazza presentava una tabe incipiente, con reazione di Wassermann positiva. Nello stesso frattempo Joltrain (3) studiando la reazione di Wassermann in 18 casi di vitiligo, riferiva tre casi di bambini vitiliginosi, in cui esistevano segni non dubbi di sifilide ereditaria. E pochi mesi dopo Gougerot (4) esponeva il caso di una donna di 33 anni, con vitiligo che datava dall'infanzia, la quale presentava alterazioni denta-

rie degli incisivi e canini superiori: la madre aveva avuto un aborto e tre figli di cui uno morto a 28 mesi e un altro vivente, affetto da vitiligo al pari della sorella; concludeva che l'eredo-sifilide è una delle cause, forse la più frequente, della vitiligo famigliare. E Pautrier (5) a sua volta confermava l'influenza della sifilide ereditaria nella produzione della vitiligo, con l'osservazione di una ragazza vitiliginosa, senza segni di sifilide acquisita, che aveva reazione di Wassermann fortemente positiva, ed era nata da una madre che aveva avuto nove figli, di cui cinque morti, sia appena nati, sia nell'infanzia da causa sconosciuta.

Infine recentissimamente Vignolo-Lutati raccoglieva diligentemente tre casi importanti di vitiligo ed eredo-sifilide (6).

Il primo, un ragazzo di 15 anni, con vitiligo nella regione scrotale e peniana, presentava evidenti anomalie dentarie (i canini riproducevano nella forma gli incisivi) e un naso a sella. La reazione di Wassermann era negativa. Era invece riuscita positiva nella madre che era stata contagiata di sifilide dal marito, aveva avuto due aborti, e un bambino morto di due mesi e una bambina di due anni, di malattie non definite. Una cura alternata arsenicale e mercuriale per la durata di tre mesi, era stata seguita dalla scomparsa di ogni traccia di vitiligo.

Il secondo, una ragazza di 20 anni, con vitiligo simmetrica alla faccia, era nata da una madre che aveva avuto sette gravidanze e due aborti e presentava un'emiatrofia facciale destra da 20 anni, sviluppatasi lentamente. La ammalata, senza segni di sifilide acquisita, aveva incominciato a camminare e a parlare piuttosto tardi, presentava una volta palatina molto profonda e stigmate dentarie (incisivi laterali superiori molto stretti ed allungati, incisivi inferiori a bordo libero obliquo, canini molto piccoli). La sorella, nata dopo l'ammalata, aveva avuto un forte ritardo nella dentizione, gli incisivi mediani superiori erano rudimentali e l'andatura era difettosa per una paresi alla gamba destra, sviluppatasi all'età di 4 anni. La cura specifica aveva avuto scarsa e lenta efficacia.

Il terzo, una ragazza di 18 anni, con vitiligo alla regione frontale, alla regione cervicale posteriore fino alle spalle, ai lati del collo e della faccia, era nata da una madre pure vitiliginosa che aveva avuto un aborto e due bambini di pochi mesi di vita. Questa malata presentava le *front olympien* di Fournier, una escavazione discretamente profonda della volta palatina, un certo grado di prognatismo alveolare superiore, con incisivi mediani superiori singolarmente piccoli, molto corti e stretti ed incavati a semiluna sul loro margine libero. esisteva inoltre un certo stato di nanismo degli arti ed una certa condizione di infantilismo psichico. Non era stata possibile una indagine sierologica ed una cura specifica.

Concludeva il Vignolo-Lutati nel suo lavoro, per un rapporto diretto tra le due malattie, cioè per l'esistenza affermativa di una *vitiligo sifilitica*. È ammessa, come già altri autori precedenti, una influenza ereditaria nella predisposizione al fenomeno vitiliginoso, considerava la melanodermia marginale della vitiligo, come l'equivalente di una manifestazione sifilitica in atto, ossia di un fenomeno eruttivo, in accordo anche con le vedute di Milian, Pautrier e Balzer, fenomeno quindi suscettibile di vantaggio con la cura specifica. E riteneva invece quei casi di vitiligo particolarmente tenaci di fronte alla cura specifica, come esponenti di un processo già arrestatosi spontaneamente nel suo movimento e già considerabile perciò più propriamente come un epilogo, come un *reliquato posteruttivo*.

* * *

Dette queste cose riguardo all'argomento, desidero di richiamare l'attenzione degli studiosi, su questi due casi di vitiligo da me raccolti nell'ambulatorio dermatologico del S. Luigi.

CASO I. — V... E..., d'anni 30, impiegato, nato a Torino. Padre e madre morti in pochi giorni di polmonite. Ebbero cinque figli tra maschi e femmine; tre morirono, uno a 17 e l'altro a 20 anni di malattia cardiaca, il terzo di pochi mesi di morbo bleu.

Il V... E... è l'ultimo nato, e la sua nascita fu preceduta da quella del bambino morto di morbo bleu, e da un aborto.

Camminò assai tardi, ed ebbe un forte ritardo nello sviluppo generale. Non dimostrò mai e neppure attualmente l'età sua: a 5 anni ne dimostrava appena 3, a 20 anni appena 15; e questo carattere di infantilismo si rivelava non solo nella sua struttura organica e scheletrica ma anche nello sviluppo cerebrale.

È alto soltanto m. 1,46, e presenta diafisi tibiche visibilmente arcuate a lama di sciabola. È incanutito precocemente. È miope.

Presenta note spiccate di amorfismo dentario con segni di infantilismo dentario nei canini. Sordità assoluta a destra dall'età di 17 anni. Palato profondo ogivale. Ipospadia.

La vitiligo esiste da circa 15 anni e si sviluppò lentamente, senza disturbi oggettivi, sull'addome, torace, collo, dorso, braccia, coscie e gambe.

Come si vede dalle figure la pelle bianca liscia e morbida come la pelle normale, è limitata dalle caratteristiche zone ipercromiche.

Esclusa la tubercolosi nel gentilizio. All'esame, organi toracici ed addominali nulla di notevole. Urine pure normali.

Quantunque non sia stato possibile avere ragguagli diretti su una sifilide paterna, è però palese che il padre debba essersi contagiato di sifilide poco prima delle tre ultime gravidanze della moglie, aborto, morto di pochi mesi di morbo bleu, infine l'ammalato che è oggetto del nostro studio e che ha salienti e spiccate le stigmate di eredo-sifilide.

certare in modo assoluto la natura della suddetta lesione, furono però d'accordo nel non poter escludere l'eredo-lue.

Tanto il suddetto, quanto la nostra malata, nacquero essendo in corso la malattia del padre, anzi la nostra malata, dopo che il padre ebbe il primo ictus apoplettico.

La R... A... ebbe la 1ª mestruazione a 13 anni. A 8 anni sofferse di cardiopalmo. A 16 anni ebbe un periodo di accessi di grande isterismo,

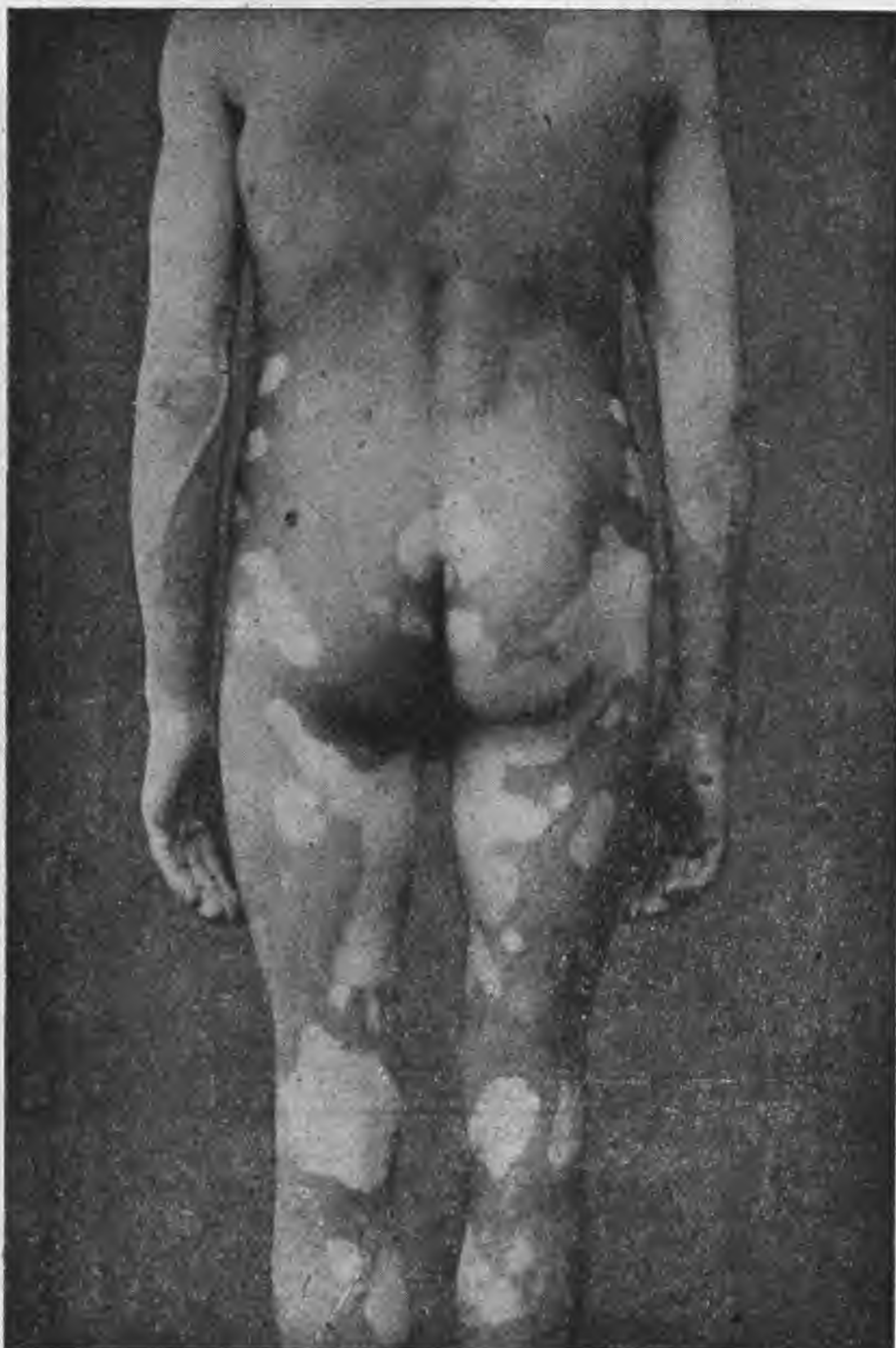



Fig. 1.

CASO II. — R.. A.., d'anni 41, sarta, nubile, nata a Torino. Padre morto di paralisi generale progressiva a 44 anni: negli ultimi anni ebbe parecchi ictus paralitici. Madre morta a 68 anni di colpo apoplettico, mentre mangiava.

Nacquero 5 in famiglia: tre sorelle, compresa la nostra, e due fratelli. Delle tre sorelle una morì appena nata, l'altra è vivente, maritata con 4 figli, di cui uno morto a 24 mesi di malattia ignota.

I fratelli sono entrambi viventi. Il primo ha 47 anni: è soggetto nervoso, eccitabilissimo e da 20 anni ha tremito continuo delle mani. Il secondo, che fa il mestiere di montatore locomotive, da oltre cinque anni è affetto da irido-ciclite, sorta spontaneamente prima all'occhio sinistro e poi al destro con cecità quasi completa; valenti specialisti che lo esaminarono, senza ac-

alcuni seguiti da fatti transitorii di paralisi agli arti inferiori. A 26 anni, in seguito alla morte della madre, si ripeterono le grandi crisi nervose.

La vitiligo data da 10 anni. Le macchie hanno l'aspetto caratteristico di margine ipercromico limitante la zona acromica. Incominciarono al dorso delle due mani, e poi da sei anni comparvero anche al collo: qualcuna si scorge anche ai lati del torace, d'ambo le parti.

Da qualche anno la R. A. accusa vampe di calore al capo e accessi di vertigine al mattino, talora anche per la strada camminando; inoltre ha dispnea nel salire le scale e nel compiere qualsiasi atto faticoso. Ha pure dolori lancinanti agli arti inferiori, specie nel cambiamento del tempo.

All'esame oggettivo si rileva quanto segue:

Peso del corpo kg. = 58 ½. Statura m. = 1,58. Colorito della pelle piuttosto pallido. Emometria = 80. Ptosi leggiera permanente della palpebra superiore sinistra. Anisocoria pupillare: la pupilla destra è più ristretta e reagisce scarsamente alla luce. Non esiste il Romberg; l'ammalata presenta soltanto, alla chiusura degli occhi, il movimento vibratorio delle palpebre di Gilles de la Tourette. I due incisivi superiori sono convergenti, e sul bordo libero presentano delle spiccate *echancrure*. Accentuato infantilismo dentario dei canini superiori, e degli incisivi inferiori mediani. Esiste anche un certo grado di prognatismo alveolare, ed una volta palatina incavata, ogivale.

I polmoni e i visceri addominali non presentano nulla di notevole.

Invece speciale importanza offre il reperto diligente dell'apparato cardio-vascolare.

L'urto della punta del cuore è visibile, diffuso nel V spazio intercostale fuori della mamillare. Alla percussione a destra dello sterno, sul fascio aortico, esiste una smorzatura che oltrepassa di più di 2 cm. la marginale. Il ventricolo sinistro è dilatato, in quantochè la Ms (cioè la maggior distanza perpendicolare del limite sinistro del cuore dalla linea mediana, segna cm. 11 e mezzo (cifra media di Ms = 9 cm.). All'ascoltazione il 2° tono aortico è rinforzato, squillante, e con la prova di Azoulay, o quando la paziente si affatica un po', o sta in piedi, è accompagnato da un leggiero soffio. I polsi sono disuguali (il destro più piccolo, e non vanno mai al disotto di una media di 100 battute al minuto.

Sfigmomanometria (braccio sinistro) = 135.

Questo reperto clinico, indizio di aortite cronica da ateroma aortico precoce, riproduce sostanzialmente quello che io per il primo (7) ho rilevato nel cuore e nell'aorta della grande maggioranza dei tibici all'inizio della malattia, e che gli autori in seguito riconfermarono.

Fig. 2.

Tibie leggermente arcuate a lama di sciabola. Normale il reperto delle orine. Reazione di Wassermann negativa.

La R... A... ha frequente la sensazione di bolo esofageo. Presenta una dermografia rossa spiccatissima, sopratutto al dorso.

Diatesi di contrattura negli arti superiori provocabile con la fascia elastica. Riflesso rotuleo più scarso a destra. Non esistono anestesie a manicotto agli arti, nè disturbi della sensibilità dolorifica e termica in tutto il corpo.

***

Questi i due casi clinici di vitiligo da me raccolti e studiati.

Nel 1° caso non fu potuta praticare la reazione di Wassermann per circostanze da me indipendenti; e nel 2° caso essa è riuscita negativa.

Ma è ormai fuori di dubbio dalle ricerche di Lesser e Müller (8), Levaditi e Roché (9) ed altri autori, che nei sifilitici antichi, anche non curati, il siero è spesso meno attivo che nei soggetti con manifestazioni in atto, e d'altra parte la cura può far sparire dal siero i principii che intervengono nella reazione stessa; per cui soltanto la Wassermann positiva deve essere presa in considerazione, mentre la negativa non può escludere l'infezione.

Fig. 3.

Invece, in entrambi i miei soggetti si è in presenza di molti di quei fattori, che, tra gli altri Fournier (10), magistralmente ha posto nel quadro dell'eredo-sifilide.

Così nel 1° caso il ritardo nello sviluppo fisico ed intellettuale, il nanismo, la sordità, l'amorfismo dentario, le tibie a lama di sciabola, l'ipospadia. E nel 2° caso, le anomalie dentarie e — a mio avviso — anche l'aortite cronica così precoce.

A tutti questi fattori, si aggiunga nel 1° caso la nascita del paziente preceduta dall'aborto e da quella del bambino morto di persistenza del foro di Botallo; e nel 2° caso la paralisi generale progressiva del padre, e la nascita della malata dopo il primo ictus paralitico, e l'irido-ciclite del fratello a decorso lungo e tenacissimo.

Tutto questo complesso di sintomi costituzionali e clinici, non ostante la mancata conferma della prova di Wassermann, non lascia alcun dubbio che i miei due soggetti vitiliginosi siano degli eredo-sifilitici, e viene così a confermare il rapporto diretto tra le due malattie già supposto dai precedenti autori citati in principio del mio lavoro, tanto più che nei miei due soggetti mancava l'elemento tubercolare, la cui presenza, in casi di vitiligo, fu altresì notata da alcuni osservatori, ad es., da Balzer e Galliot (11), e da Merklen (12).

Fig. 4.

Degno poi di particolare interesse è il mio 2° caso, in cui si trattava di un'isterica con sintomi di tabe incipiente.

La sifilide che aveva rivelato nel padre una tara nervosa, assumendo la forma di paralisi general progressiva, si continua nel tipo isterico della figlia. Il quale fatto, logicamente potrebbe indurre nel concetto che la cosidetta *vitiligo nervosa*, nella maggioranza dei casi, sia da interpretarsi l'*equivalente* di una *neuro-sifilide*.

Infine il mio 2° caso avrebbe ancora il valore, data la frequente coesistenza già da tempo notata della vitiligo con la tabe, di dar ragione a Thibierge (13) il quale, fin dal 1891, pensava che la vitiligo « pouvait mettre sur la voie du diagnostic du tabes dans la période pré-ataxiques ».

Concludendo dirò che quando si presenta un malato di vitiligo, con assenza di sifilide acqui-

sita, è doveroso da parte del medico di ricercare con ogni cura le stigmate della eredo-sifilide.

BIBLIOGRAFIA.

(1) FRIEDLAENDER. *Vitiligo u. syphilis.* Società dermatologica di Berlino, 9 maggio 1911.
(2) CROUZON e FOIX. *Vitiligo et syphilis.* Bull. de la Société médicale des hôpitaux, n. 37, 1914.
(3) JOLTRAIN. Società dermatologica francese, 1914.
(4) GOUGEROT. *Vitiligo familial et hérédo-syphilis.* Bull. de la Soc. franc. de Dermat. et Syphil., luglio 1914.
(5) PAUTRIER. Società dermatologica francese, 1914.
(6) VIGNOLO-LUTATI. *Vitiligo e sifilide.* Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle, 1916, fasc. VI.
(7) ARULLANI. *Tabe dorsale ed aortite.* Riforma medica, n. 256 e 257, 1902.
(8) LESSER e MÜLLER. *Deut. med. Woch.*, n. 30, 1908.
(9) LEVADITI e ROCHÉ. *La Syphilis.* Masson et C.ie, Éditeurs, Paris, 1909.
(10) FOURNIER. *Syphilis héréditaire de l'age adulte.* Masson et C.ie, Éditeurs, Paris, 1912.
(11) BALZER e GALLIOT. *Contribution à l'étude du vitiligo syphililique.* Bull. de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 2 luglio 1914.
(12) MERKLEN. *Vitiligo et syphilis.* Semaine médicale, n. 294, 1914.
(13) THIBIERGE. *Tabes et vitiligo.* Semaine médicale, 1891.

NOTE DI TECNICA.

3ª AMBULANZA CHIRURGICA - ZONA DI GUERRA.

Metodo per utilizzare nella ricerca operatoria dei corpi estranei i dati forniti dai raggi X

per il dott. GUIDO EGIDI, capitano medico, privato docente di patologia chirurgica.

Se uno schermo è situato sotto il piombino di un filo a piombo il quale segna la verticale che, prolungata in basso, incontra l'anticatode di un tubo, ogni ombra, che si formerà sullo schermo nel punto toccato dal piombino, non potrà provenire che da un corpo situato sul prolungamento verticale del filo a piombo.

Fig. 1.

All'armatura del tubo di un trocoscopio comune si può collegare un braccio al quale si attacca un filo a piombo situato, rispetto all'anticatode, nelle predette condizioni. Il tubo e il filo a piombo si muoveranno solidalmente e conserveranno gli stessi rapporti.

Allora, volendo localizzare un proiettile, basterà spostare il sistema tubo-filo a piombo fino a che l'ombra del proiettile collimi sullo schermo col piombino del filo a piombo.

Ciò fatto, se, senza muovere il paziente, si toglie lo schermo, si abbassa il filo a piombo e gli si apre la via fra i tessuti, si giunge sul proiettile.

Condizione preliminare da verificare esattamente è che l'anticatode sia sulla verticale del filo a piombo. Ciò richiede un'operazione analoga a quella che i radiologi praticano facendo il cosiddetto centramento del tubo. Io ho provato che i metodi di centramento che usano i radiologi non sono sempre rigorosamente esatti. Perciò procedo nel seguente modo.

Faccio scendere il piombino del filo a piombo fino sul tavolo trocoscopico. Nel punto toccato pongo una pallina di piombo del diametro di 2 mm. Poi accorcio il filo a piombo di 25 cm. almeno e al di sotto di esso pongo lo schermo sostenendolo con un cavalletto. Intorno al punto ove il filo a piombo tocca lo schermo pongo un anellino metallico poco più grande della pallina. Allora la pallina e l'anellino individuano nello spazio una verticale.

Accorciato il filo a piombo, che in questo momento non serve, eccetto il tubo e lo sposto

fino a che l'ombra della pallina si formi esattamente entro l'anellino. Allora l'anellino, la pallina e l'anticatode sono esattamente sulla stessa verticale.

Fissato il tubo in questa posizione, abbasso fino sullo schermo il filo a piombo e ne correggo l'origine fino a che il piombino collimi esattamente con il centro dell'anellino. Allora anche il filo a piombo è sulla stessa verticale. E poichè il tubo e il filo a piombo restano d'ora in poi solidali, muovendo il tubo, continueranno a essere uniti da una linea verticale.

Da questo momento l'apparecchio è pronto. Ecco ora come si procede.

Si immobilizza il paziente sul tavolo. Si pone lo schermo orizzontalmente sopra di esso e si abbassa il filo a piombo fino al piano dello schermo. Eccitato il tubo e veduta l'ombra del corpo estraneo, si sposta il sistema tubo-filo a piombo, fino a che l'ombra venga a contatto del piombino. Allora il corpo estraneo è certamente sul prolungamento del filo a piombo.

Se il paziente è già pronto per l'operazione e in narcosi, l'estrazione del proiettile si opera subito.

P' P O C A

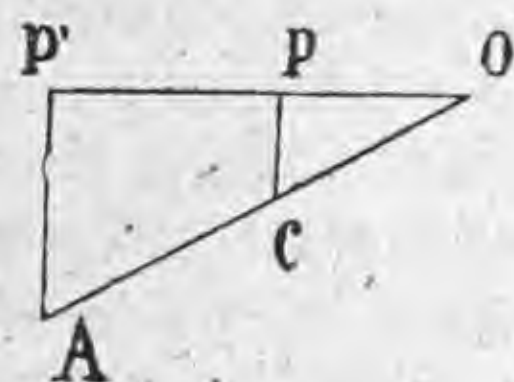



Fig. 2.

Si illumina la stanza, si toglie lo schermo, si sostituisce il piombino usato con uno sterile. Abbassato questo fino sulla pelle del paziente, nel punto toccato si fa l'incisione. A mano a mano che la ferita diventa profonda, la direzione viene controllata abbassando sempre più il filo a piombo. Se il paziente non ha mutato posizione e se il corpo estraneo non si è mosso, il piombino lo incontrerà con precisione matematica. Le manovre operatorie potrebbero aver accidentalmente provocato spostamenti. Se così si suppone, si spegne la luce, si applica di nuovo lo schermo e si fa una nuova collimazione coi raggi. Ciò fatto si illumina la stanza di nuovo e si continua l'operazione.

Per l'estrazione dei proiettili quanto ho detto è sufficiente; però considerazioni, relative agli organi che si incontreranno e alla gravità dell'operazione, rendono utile sapere a quale profondità il proiettile si trovi.

È questo un problema la cui soluzione riposa sulla costruzione ideale di una figura geometrica, gli elementi della quale sono soggetti a relazioni determinate.

La detta figura è rappresentata dai due triangoli simili O P' A e O P C, nei quali (teorema di Talete) i lati omologhi sono tra loro proporzionali.

La relazione che ci interessa è:

$$P'A : PC = P'O \qquad (1)$$

Nella ricerca radiologica la figura si costruisce così:

Facciamo corrispondere alla linea O P' il piano dello schermo; facciamo collimare l'ombra del corpo estraneo C con il piombino e segnamo sullo schermo il punto P.

Poi spostiamo il sistema tubo-filo a piombo. La nuova situazione del piombino sia P'. Il punto O sarà indicato dall'ombra che il corpo C, restato immobile, darà quando l'anticatode sarà in A.

Per conoscere le distanze O P e O P' non dobbiamo far altro che misurarle sullo schermo.

P' P O C A

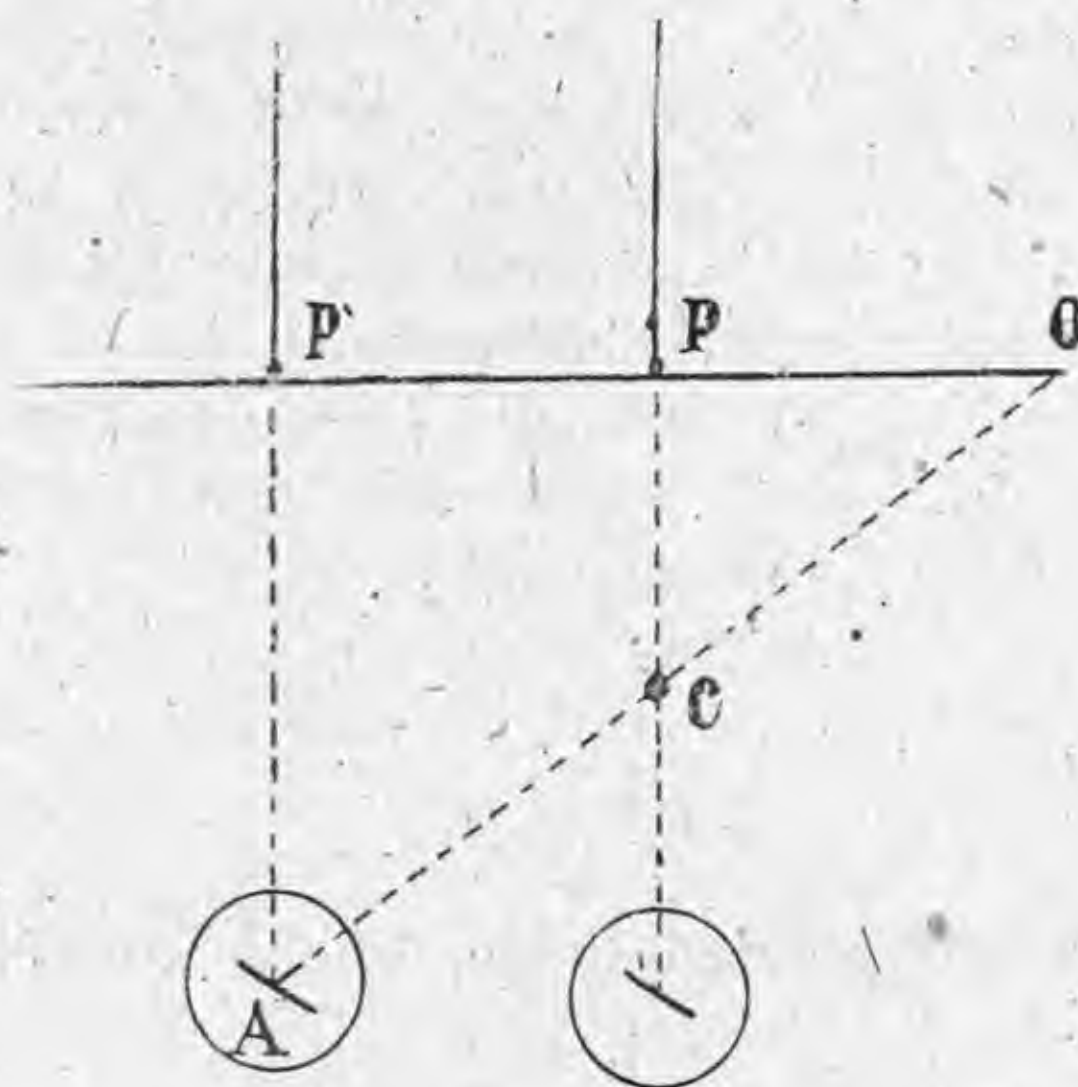



Fig. 3.

Ciò fatto, se ci fosse nota la distanza A P' la profondità C P del proiettile potrebbe senz'altro essere desunta dalla relazione (1).

La distanza A P' può essere misurata praticamente; ma, poichè la misurazione è resa difficile dall'interposizione del tavolo trocoscopico e della parete del tubo, è più esatto determinarla col calcolo. Questo calcolo vale una volta per sempre, purchè il tubo e l'origine del filo a piombo restino solidali.

Per eseguirlo, si fissa un corpo opaco C a distanza nota da P sulla verticale che passa per questo punto.

Si sposta poi il sistema tubo-filo a piombo e, come nel caso precedente, si leggono sullo schermo le distanze O P e O P'. Essendo nota P C, la formula (1) ci dà il valore di P' A.

$$P'A = \frac{PC \times P'O}{PO}$$

Nota la distanza P' A, sarà ancora in funzione della formula (1) che potrà essere cal-

colata la profondità dei proiettili. E precisamente:

$$PC = \frac{P'A \times PO}{P'O}$$

Ciò significa che basterà moltiplicare la distanza nota anticatode-piombino per la distanza P O, che leggiamo sullo schermo, e dividere il prodotto per la distanza P' O, che leggiamo anch'essa sullo schermo.

I principii di esattezza sui quali il metodo riposa sono la situazione del tubo su una linea perfettamente individuata e la sicurezza di avere nel filo a piombo un indice sicuro. Io annetto grande importanza al fatto di aver eliminato tutti i punti di repere cutanei, perchè li ritengo fallaci. Essi infatti sono spostabili o per la mollezza delle parti che coprono o perchè si spostano appena la pelle viene incisa. A questo proposito è decisiva l'osservazione da me fatta che, se si esegue un'incisione lineare che passa attraverso un punto della cute toccato da un filo a piombo, quando l'incisione si è spontaneamente divaricata, il filo a piombo non corrisponde più alla linea mediana della ferita; spesso la asimmetria della retrazione dei tessuti è considerevole.

Si può obbiettare al metodo da me indicato che uno spostamento del paziente possa render fallace la ricerca. È vero. Ma prima di tutto non è difficile conservare immobile il paziente; in secondo luogo, anche durante l'intervento, si possono fare collimazioni di controllo e correzioni.

Rispetto al metodo di operare sotto i raggi X il metodo indicato ha il vantaggio di conservare, durante tutto l'intervento, la diretta ispezione del campo operativo.

Nota. — I calcoli indicati possono essere praticamente risolti disegnando i triangoli su un foglio di carta rigata a quadretti, dopo aver numerato le righe.

Nell'angolo superiore sinistro si segna lo zero. Partendo da questo, si numerano progressivamente tutte le righe che si incontrano sia discendendo verticalmente in basso, sia procedendo da sinistra a destra orizzontalmente.

Allo zero si segna il punto P'. Il punto A si segna nel numero della verticale che corrisponde alla distanza P'A espressa in centimetri.

Sulla orizzontale si segnano i punti P e O corrispondentemente ai loro valori in centimetri letti sullo schermo.

Congiunto A con O e seguita la linea verticale che discende da P, ove questa incontra la linea AO, sarà il punto C.

La lunghezza PC si legge sulla numerazione P'A.

MEDICINA SOCIALE.

Per la vigilanza igienico-sanitaria del lavoro [1]

per il prof. ARISTIDE RANELLETTI.

La vigilanza sull'applicazione delle leggi sul lavoro è oggi in Italia affidata principalmente all'ispettorato dell'industria e del lavoro, istituito nel 1912: compito principale dell'ispettorato è di accertare l'esecuzione delle leggi sul lavoro negli opifici e laboratori sottoposti a queste leggi; rilevare le condizioni tecniche ed igieniche delle singole industrie, ecc. All'ispettorato tecnico è stato aggiunto l'ispettorato medico, con due medici, con l'incarico di coordinare e dirigere il lavoro per l'applicazione delle disposizioni igienico-sanitarie, investigare sulle condizioni d'igiene, di salubrità del lavoro, ecc.

Sicchè per la vigilanza igienico-sanitaria del lavoro abbiamo un organo centrale direttivo con due medici, e organi periferici costituiti dagli stessi ispettori tecnici del lavoro, cioè non da medici ma da ingegneri o semplici aiutanti. È vero che questi possono richiedere l'intervento dell'ufficiale sanitario, quando, nel corso di una visita, si dimostri necessario di giudicare delle condizioni sanitarie degli operai, della loro attitudine fisica al lavoro cui sono addetti, o delle condizioni igieniche dei locali lavoro: e possono richiedere altresì su tali fatti gli accertamenti dell'ufficio medico dell'ispettorato. Ma è evidente che, per far questo, l'ispettore deve essere in grado di apprezzare che la salute dell'operaio, o le condizioni d'igiene dell'ambiente di lavoro, non siano regolari. Così pure gli ispettori possono ordinare visite generali di tutto il personale addetto a un'azienda, per evitare il diffondersi di malattie contagiose; il che presuppone che il funzionario sia in grado di riconoscere una malattia e la sua contagiosità, ciò che non può essere che di esclusiva pertinenza del medico. Le visite periodiche che l'ufficiale sanitario dovrebbe fare ai fanciulli e alle minorenni per assicurarsi se siano atti al lavoro cui furono occupati, o se siano affetti da malattie contagiose; e le verifiche annuali da parte del medico provinciale sull'andamento del servizio sanitario, in genere non si verificano; troppe essendo le mansioni degli ufficiali sanitari e dei medici provinciali, perchè essi possano anche occuparsi di questa vigilanza speciale del lavoro.

Sorge perciò la necessità che, accanto agli

---

(1) Comunicazione fatta al Convegno fra i cultori di medicina sociale, che ha avuto luogo in Roma il 10 giugno 1917.

ispettori tecnici, si istituiscano ispettori medici, la cui presenza si renderà ancora più necessaria, allorchè la vigilanza sarà estesa a tutto il lavoro in genere e non solo di fabbrica ma anche a domicilio. È necessario infatti stabilire preventivamente l'idoneità generica e specifica al lavoro non solo pei fanciulli e le donne minorenni, come avviene attualmente, ma per tutti i lavoratori in genere, almeno per certe industrie, così le insalubri o pericolose. Lasciare infatti che gli operai scelgano il mestiere, o passino dall'uno all'altro, senza alcun criterio basato sulle proprie attitudini fisiche e fisiologiche, è esporli incoscientemente a malattie e pericoli che potrebbero essere evitati. Come ad esempio permettere che un operaio con vie nasali stenosate, già soggetto ad affezioni dell'albero respiratorio, si dedichi ad un mestiere polveroso? Egli diverrà facile candidato alla tubercolosi; e che si dedichi a lavori faticosi un cardiopaziente; e a lavori esposti a temperature eccessivamente calde o fredde chi già soffrì di reumatismi articolari; e alle svariate industrie del piombo chi per affezione dei reni, o delle arterie, o del fegato, ecc., è assai più facilmente colpito da saturnismo? E a lavori più esposti agli infortuni chi avesse l'udito o la vista notevolmente diminuiti, sì da non sentire o vedere il pericolo; e a lavori nei cassoni chi avesse affezioni nasali o auricolari, e così di seguito? E a garanzia della salute del pubblico, come permettere che alle industrie alimentari, così alla lavorazione e vendita del pane, delle pasticcerie e simili, siano addetti operai con tubercolosi aperta? (1). È necessario perciò rendere obbligatoria la visita medica preventiva e periodica per tutti i lavoratori addetti alle industrie insalubri o pericolose, allo scopo di poter prevenire, o riconoscere sul nascere e quindi più facilmente combattere, sia le malattie strettamente professionali, sia quelle comuni nelle quali però l'elemento lavoro fu fattore determinante principale: come pure è necessaria la visita medica preventiva e periodica per gli addetti alle industrie alimentari, nell'interesse della salute dei consumatori. Queste visite preventive e periodiche saranno tanto più utili quando avremo le assicurazioni contro le malattie, perchè gli stessi lavoratori e gli industriali, e lo Stato contribuente, avranno tutto l'interesse, per ragioni economiche dirette, oltre che per la ricchezza nazionale in genere, a far diminuire la morbilità fra gli operai assicurati.

Con le visite preventive e periodiche dei lavoratori si dovrebbero istituire i libretti o le schede sanitarie dei lavoratori, che dovrebbero essere preceduti dai libretti o schede sanitarie scolastiche, da redigersi per gli alunni delle scuole elementari; e che, già attuate presso qualche comune, dovrebbero venire estese almeno a tutti i comuni più grandi. I due libretti potrebbero fornire dati e raffronti utili per l'ammissione alla vita militare, e darebbero modo di esercitare una continuata vigilanza igienico-sanitaria su ciascuno individuo, dall'epoca dell'ammissione alla scuola, durante la vita scolastica, e successivamente all'epoca dell'ammissione al lavoro, e durante la sua vita lavorativa, con evidenti grandi vantaggi per la salute pubblica e per l'economia del paese.

È evidente quindi che per attuare questa più razionale vigilanza sulla salute dei lavoratori, occorre chiamare il medico a cooperare con l'ispettorato tecnico del lavoro.

* * *

Questa necessità è stata oramai sentita dalla maggior parte dei paesi civili: per prima dall'Inghilterra fin dal 1831, quando dovendosi applicare il limite di età per l'ammissione al lavoro delle industrie tessili, e non essendovi organizzato lo stato civile, si ricorse ai medici per certificare l'età dei fanciulli. Oggi in Inghilterra la vigilanza igienico-sanitaria è affidata ai «medici certificanti» (certifying surgeons) i quali sono scelti fra i medici iscritti, e non devono avere rapporti di interessi con le fabbriche: essi sono circa 2.000, hanno il compito di certificare l'idoneità dei fanciulli, di visitare gli operai delle fabbriche, riferire le malattie professionali e gli infortuni; possono imporre agli industriali disposizioni igieniche; i padroni pagano questi medici secondo le visite periodiche obbligatorie fatte, e in base a una tariffa stabilita. Dove non esiste il medico certificante il servizio è fatto dal medico dei poveri.

In Germania le visite preventive e periodiche son fatte dai medici delle fabbriche, i quali, però, benchè approvati dall'Autorità, sono sempre dipendenti dagli industriali. Nel Belgio le visite periodiche sono fatte dai così detti medici «approvati» (médecins agréés); essi sono medici liberi che vengono approvati con l'obbligo di segnalare agli Ispettori i risultati delle visite periodiche. Gli industriali possono scegliere il medico tra le liste degli approvati.

Anche in Russia ci sono medici di fabbrica,

(1) Cito ad esempio qualche caso di più recente osservazione: due malati di tubercolosi polmonare, uno è cuoco da 6 anni, l'altro dispensiere da molti anni, in due dei più frequentati ristoranti di Roma; qualche tubercoloso continua a fare il fornaio; un altro è venditore ambulante di piccole pasticcerie per bambini.

ma anche essi alla dipendenza dei padroni. In Svizzera i medici di fabbrica sono pagati dallo Stato che percepisce dai padroni una tassa in rapporto al numero degli operai. A New York sono gli addetti agli uffici locali d'igiene (health commissioners) incaricati dell'ispezione degli stabilimenti anche in rapporto alla tutela degli impiegati e operai (ore di lavoro delle donne e dei fanciulli, sedili per le donne, locali ad uso di lavatoio, refettorio, ecc.). In alcuni degli Stati Uniti d'America sono istituiti ispettori di Sanità, nei singoli distretti per sorvegliare la salute degli operai, specie minorenni, e l'igiene dei locali di lavoro. Invece in Austria e nella Svezia si ricorre, quando è necessario, rispettivamente agli stessi medici distrettuali, e ai medici provinciali per ispezioni e provvedimenti igienici.

Noi dobbiamo augurarci che anche in Italia, come già in tanti paesi stranieri, vengano istituiti ufficialmente medici del lavoro, come organi periferici della vigilanza igienico-sanitaria sul lavoro.

Ma intanto i singoli comuni, in base alla stessa legge sanitaria che dà ad essi facoltà di completare le dispozisioni sanitarie statali, potrebbero integrare l'azione di Stato per quanto riguarda la vigilanza igienico-sanitaria del lavoro. A tal uopo io sin dal 1914 pubblicai una nota sull'opportunità dell'istituzione di uffici sanitari del lavoro presso i principali Comuni. Il Comune di Roma, Ufficio d'Igiene, accolse e attuò la proposta, e di recente, per facilitare il funzionamento di tale ufficio, ha aperto un ambulatorio per le malattie del lavoro. Sono sorti finora in Italia oltre una ventina di Uffici del lavoro, comunali o provinciali, ma mentre in essi si è pensato a istituire sezioni economiche, di collocamento, ecc., la parte igienico-sanitaria vi è poco o nulla rappresentata. Presso qualche Comune, (Torino, Milano, Genova), funziona già da varii anni un ufficio di vigilanza industriale, ma le sue attribuzioni sono limitate alla vigilanza sulle condizioni igieniche, specie delle industrie insalubri e pericolose: sarebbe necessario aggiungere anche la vigilanza sulle condizioni sanitarie delle singole categorie dei lavoratori, e non solo di fabbrica, opifici, ecc., ma anche a domicilio, sia nell'interesse della salute dei lavoratori, in gran parte donne, che di quella dei consumatori rispetto alla possibile trasmissione di malattie infettive contagiose, tra cui la tubercolosi, per mezzo di oggetti confezionati in domicili infetti. E i Comuni principali dovrebbero pubblicare statistiche sulla morbilità in rapporto alle professioni, che oggi non sono rilevate da nessun Comune, mentre sono pubblicate statistiche sulla mortalità in rapporto ai mestieri soltanto presso 9 Comuni. Se i principali Comuni istituissero un servizio di vigilanza igienico-sanitaria sul lavoro, di fabbrica e a domicilio, in modo coordinato all'azione statale, e all'opera dei Comuni si aggiungesse quella di medici del lavoro governativi, in più stretto rapporto coi circoli d'ispezione, e con l'Ufficio sanitario centrale, noi potremmo sperare di attuare anche in Italia una razionale ed efficace protezione della salute dei lavoratori e della integrità della razza stessa.

Questa protezione si è resa ancora più necessaria oggi in occasione della guerra, avendo le industrie delle armi e munizioni occupato circa 500.000 persone, di cui 100.000 donne; tanto più che alcune disposizioni protettive delle leggi sul lavoro si son dovute temporaneamente sospendere. Si imponeva perciò una speciale tutela delle maestranze, nell'interesse specialmente della maternità e della prole. A questo infatti ha provveduto un recente decreto luogotenenziale, in base al quale, proprio in questi giorni, si va attuando una speciale vigilanza igienico-sanitaria sugli stabilimenti ausiliari e sulle officine che lavorano prevalentemente per la difesa nazionale, affidandosi il compito principale di questa vigilanza precisamente a medici, addetti al comitato centrale e ai comitati regionali di mobilitazione industriale. Sono saggi provvedimenti che noi dobbiamo salutare con vivo compiacimento, augurando che essi non cessino col cessare della guerra e delle relative industrie, ma segnino il principio della auspicata più vasta vigilanza su tutte le lavorazioni in genere.

Ma poichè le nuove disposizioni che si vanno sempre più affermando a beneficio della salute dei lavoratori, riescano veramente efficaci, è necessario che operai e industriali siano educati ai principii fondamentali di igiene cui esse sono ispirate, e che quindi sia meglio affermato l'insegnamento dell'igiene, che, cominciando nelle scuole elementari superiori, dovrebbe continuare nelle popolari, professionali e medie; detto insegnamento dovrebbe essere affidato ai maestri, adeguatamente preparati, per le scuole elementari e popolari, a medici competenti, per le scuole professionali e medie: ed è specialmente nelle istituende scuole professionali, le quali debbono preparare le nostre maestranze a favorire in tutti i campi possibili l'indipendenza industriale ed economica del paese, che è necessario impartire accanto all'insegnamento tecnico-industriale, anche quello dell'igiene generale e dell'igiene del lavoro, inerente alle singole industrie, perchè si facciano degli operai non solo bravi ma anche sani.

Nuovi compiti d'importanza sociale si apro-

no quindi ai medici, per la vigilanza igienico-sanitaria del lavoro, sia come cooperatori cogli ispettori tecnici, sia come insegnanti di igiene generale e igiene del lavoro, specie nelle scuole professionali; nuovi compiti che le prossime assicurazioni obbligatorie contro le malattie valorizzeranno e allargheranno ancora più. È necessario pertanto che i medici stessi siano meglio preparati alle nuove attività, che si basano specialmente sulla conoscenza della fisiologia, della patologia e dell'igiene del lavoro.

A corollario di quanto si è sommariamente esposto, presento il seguente ordine del giorno:

« Il Convegno fra i cultori di Medicina sociale, riuniti in Roma il 10 giugno 1917;

riaffermando la necessità che per una più razionale vigilanza igienico-sanitaria del lavoro, sia chiamato a fianco del personale tecnico anche personale medico, allo scopo di prevenire nel miglior modo le malattie in rapporto diretto o indiretto col lavoro, e quindi non soltanto quelle strettamente professionali, ma anche quelle malattie comuni che ripetono dal lavoro il fattore determinante principale;

plaude al Ministero della Guerra, Sottosegretariato armi e munizioni, che va attuando una speciale sorveglianza igienico-sanitaria a tutela delle maestranze degli Stabilimenti ausiliari, chiamando il medico a cooperare col Comitato Centrale e coi Comitati Regionali di mobilitazione industriale;

e fa voti che questa speciale vigilanza, oggi limitata alle industrie delle armi e munizioni, non cessi col cessare della guerra, ma segni il primo passo verso quella più larga e razionale vigilanza igienico-sanitaria su tutto il lavoro in genere, quale sarà maggiormente richiesta dalla piu larga attività industriale cui il Paese è chiamato pel dopo guerra ». (*Approvato*).

P. S. — Ad integrazione del su riportato ordine del giorno, il Convegno, dopo la Comunicazione del prof. Ferrannini sulla necessità dell'insegnamento dell'igiene nella scuola, approvava il seguente ordine del giorno, concordato fra lui, Ranelletti e Monti:

« Il Convegno, considerando che l'educazione igienica dei lavoratori e degli industriali è base indispensabile per una efficace applicazione delle leggi sull'igiene del lavoro, fa voti che sia sempre più affermato l'insegnamento dell'igiene nelle scuole popolari e medie, e che specialmente nelle scuole professionali, le quali debbono preparare le nostre maestranze a favorire in tutti i campi possibili l'indipendenza industriale ed economica del Paese, sia istituito, accanto all'insegnamento tecnico-industriale, anche quello dell'igiene generale e di quello speciale per le singole industrie, affidando tale insegnamento a medici competenti, con mezzi opportuni e tempo appropriato, e che gli istituti scientifici rivolgano la loro attività ai fini della medicina sociale, dando particolare sviluppo alla fisiologia, alla patologia e all'igiene del lavoro ».

La Croce Rossa e la tubercolosi.

Prof. PIRRO BOLOGNINI,
tenente colonnello direttore dell'ospedale
della Croce Rossa di Ferrara.

La tubercolosi ha innegabilmente trovato nella guerra una potente alleata al proprio propagarsi e di conseguenza ha riacceso un nuovo fervore nella lotta contro la terribile malattia: però un fatto di grande valore attuale e che lo assumerà maggiore nell'avvenire si va delineando sempre più: l'intervento della Croce Rossa nella lotta altamente umanitaria. E non mi pare dubbio che questo diverrà il fine precipuo della Croce Rossa stessa, passato l'immane flagello che ne assorbe ora tutta la grande potenzialità, fine ben alto e degno, poichè la Croce Rossa avrà scritto la sua pagina più gloriosa il giorno, sia pure lontano, in cui potrà avere cancellate le ultime vestigia del morbo che annienta tante migliaia di giovani vite, assorbe tanta ricchezza, che si espande e uccide ogni giorno più, mentre noi sappiamo che non è impossibile l'arrestarlo ed il vincerlo.

Non è fine di queste brevi parole nè riassumere nè discutere il programma di lotta che va delineandosi, ma solo di richiamare l'attenzione sopra uno dei lati di tale programma, che mi pare non sia considerato al proprio altissimo valore. Alludo all'ospitalizzazione dei tubercolosi, chiamiamoli pure dei *mutilati del polmone*, poichè ciò che dirò vale per i tubercolosi in genere, ma precipuamente per i militari tubercolosi dei quali soli, a mio credere, può e deve occuparsi ora la Croce Rossa, salvo poi allargare la propria azione quando abbia assolto il proprio debito speciale verso i soldati della Patria.

Che in molti militari i disagi ed i traumi della guerra siano stati la causa occasionale allo sviluppo della tubercolosi, che forse sarebbe senza questi rimasta sempre latente, è cosa di cui mi sono convinto in molti casi osservati in questo grande Ospedale, come non può mettersi in dubbio che altri siano stati contagiati per le tante e diverse cause che la guerra presenta e che è inutile l'enumerare, e che tutti questi abbiano diritto ad uno speciale aiuto per parte dello Stato non è da porsi in dubbio. Pe-

zate si può assicurare al massimo numero dei feriti un tempestivo opportuno soccorso chirurgico.

Una simile organizzazione, oltre a rispondere nel miglior modo a tutte le esigenze sanitarie, ovvierebbe, con una più intensa e costante utilizzazione dei chirurgi competenti, alla lamentata deficienza di personale tecnico.

Infatti, a parte la considerazione che parecchi chirurgi ancora potrebbero essere convenientemente utilizzati, è certo che molti chirurgi mobilitati ed in zona di operazione, restano per lunghi periodi, durante cioè la mancanza di azioni, completamente inoperosi, e ciò per il rapido sgombro dei feriti, e conseguente vuotamento degli ospedaletti da campo; mentre negli ospedali territoriali, con scarso personale sanitario, si determina invece una pletora di feriti.

La tanto lamentata insufficienza di personale tecnico potrà solo e con pieno diritto invocarsi come giustificazione di quelle manchevolezze ancora esistenti nel nostro servizio chirurgico, dopo che si sarà utilizzata nel modo più intenso e sino al massimo rendimento l'attività di tutti i tecnici che oggi, come sin dall'inizio della nostra guerra, con entusiasmo immutato ed inalterabile, nonostante le non poche difficoltà nell'esercizio della loro opera, si sono messi a completa disposizione del nostro Esercito, e solo desiderano che vengano ovunque rigorosamente e prontamente attuati i razionali concetti di organizzazione più sopra esposti.

Zona di guerra, agosto 1917.

OSPEDALETTO N. 91 - ZONA DI GUERRA.

L'operazione precoce dei feriti: le pattuglie chirurgiche.

Dott. GIUSEPPE PISANÒ, capitano medico.

Da parecchio tempo si svolge sulle colonne del *Policlinico* un interessantissimo dibattito circa il servizio sanitario in guerra. Ne sono state rilevate le deficienze, sono state lanciate delle proposte di innovazioni, sono stati esaminati i varii aspetti della questione con molta competenza e qualche spunto polemico.

Non è possibile rifare anche in riassunto rapido tutto lo svolgimento della discussione: sarebbe lungo e superfluo; io mi limiterò a constatare che v'è un punto sul quale tutti concordano: la necessità che un soccorso razionale, completo, rispondente alle norme che la già lunga esperienza ha dettato, sia recato il più presto possibile al soldato ferito.

Questo concetto rappresenta già una notevole evoluzione rispetto a quella che era prima la idea fondamentale: « medicatura *comunque* fatta: *rapido sgombero*: *cura definitiva* molto indietro ».

Ora no. Ora si è ritornati un po' su certi canoni, e si è visto che la *cura definitiva* interviene spesso tardi.

I mezzi per ovviarvi sono stati diversi: chi ha proposto una trasformazione degli ospedaletti, chi una modificazione delle Sezioni di Sanità, chi un raggruppamento particolare degli stabilimenti sanitarii avanzati, ecc. ecc.

Nessuno si è occupato dei *primi* luoghi dove il ferito riceve le *prime* cure.

Si afferma da tutti, che la *prima medicazione* decide della successiva evoluzione e dell'esito delle ferite, ma non si tien conto del *luogo* dove le prime medicature avvengono.

Io intendo parlare non già delle ferite lievi, superficiali o trasfosse, senza lesioni vasali ossee o nervose importanti, senza lesioni di organi cavitarii, ferite che, fortunatamente, rappresentano più di una buona metà di tutte le lesioni di guerra: io intendo parlare di quelle nelle quali, per la lesione di uno degli organi o apparati sopra citati, si rende necessario fare qualche cosa di più e di meglio di una medicatura con l'immancabile iodio e la dubbia asetticità della garza dei pacchetti. Per le ferite lievi basta una semplice protezione, ma per le altre?

Il prof. Rossi-Doria (« Policlinico », f. 46, anno XXIII), guidato da un entusiasmo che parve ad alcuni eccessivo, ha proposto che i chirurghi si recassero nelle prime linee per compiere ivi un lavoro coscenzioso e utile. Mi permetta l'illustre professore: la sua proposta, piena di santa e nobile idealità, urta contro difficoltà insormontabili. Non il buon volere o il coraggio fanno difetto per l'attuazione di tali idee, ma l'ambiente adatto. In nessun luogo, nelle primissime linee, si troverà un posto sufficientemente ampio per il regolare e non tumultuoso svolgimento delle diverse operazioni intese ad una cura chirurgica praticamente efficace.

Ben lo sanno i medici dei battaglioni, costretti a lavorare, curvi sotto le raffiche d'artiglieria, mal riparati da qualche rialzo di terreno o in una grotta angusta, e ridotti alle funzioni di... aiutanti di sanità.

Ben lo sanno i chirurghi degli ospedaletti che vedono affluire, specie nelle giornate d'azione, una lunga serie di ferite, presentanti tutta la gamma della gravità, e che sono un impasto di terriccio, di corpi estranei, di tessuti macerati, di brandelli di stoffa, di peli, senza dire della quasi immancabile ustione da iodio... il tutto

regolarmente protetto da una « *medicatura asettica!* »

Ma che cosa possono fare di più i medici della prima linea? Dove l'ambiente adatto, dove i mezzi acconci per trattare con un po' più di logica chirurgica le ferite?

Partendo dal concetto idealmente bello del *conforto* che la presenza del medico reca alle truppe combattenti, il servizio medico presso i reggimenti è stato frazionato, suddiviso, messo nelle peggiori condizioni di adattabilità: il pronto soccorso possibile in quelle tali situazioni, si riduce alla frettolosa applicazione di compresse pseudo-asettiche, o, eventualmente, di qualche laccio emostatico.

Nè vanno meglio le cose al posto centrale reggimentale dove il capitano medico, lasciato solo, o quasi, con tutta la buona volontà di questo mondo deve accontentarsi del molto modesto ufficio di smistamento dei feriti.

Quanto alle Sezioni di Sanità, non è chi non veda l'impossibilità di occuparsi delle ferite, quando centinaia di feriti attendono, e non sempre in condizioni di sicurezza assoluta, di essere trasportati più indietro. Si ha un bel modificare le Sezioni: là dove affluiscono da tutte le parti schiere di feriti di tutta una divisione impegnata, è illusorio tentare qualche cosa di buono.

E così da smistamento a smistamento il ferito continua a portare con sè la prima medicatura fatta come Dio vuole, sufficiente a farlo giungere all'ospedaletto con i segni di una flogosi già a buon punto!

Il rimedio?

Ma esso è stato già messo in pratica per alcune categorie di feriti: per i «grands blessés». Illustri clinici hanno offerta l'opera della loro tecnica mirabile ed ardita, per la precoce operazione dei cavitarii, e da parecchi mesi funzionano perfette ambulanze chirurgiche con i risultati a tutti noti.

E gli altri feriti? e i fratturati, non meno « grands » e non meno « blessés » degli altri; e i feriti delle parti molli candidati alle più gravi complicanze settiche, alle più complicate conseguenze funzionali, sono essi meno interessanti dei cavitarii? Si pensi che formano la grande maggioranza delle ferite gravi, si pensi che costituiscono in effetti il vero « peso morto » per la nazione, un peso morto che invano si cerca di combattere con tutte le risorse della più brillante kinesiterapia!

Il maggiore medico Mendes (« Policl. », Sezione Prat., fasc. I, 1917) vorrebbe restituiti gli ospedaletti alla loro funzione di formazioni avanzate e li vorrebbe portati avanti, molto avanti, per impedire che i feriti abbiano a percorrere lunghe distanze. Il colonnello medico Faralli (*Policl.*, Sez. Prat., f. 16, 1917) forte di una lunga esperienza, lancia in formazione avanzata la sezione operatoria delle ambulanze chirurgiche di armata e costituisce a qualche chilometro di distanza un forte nucleo di stabilimenti sanitarii con un adeguato numero di posti-letto.

È il concetto già noto: « medicare alla meglio, spedalizzare al più presto ».

Mi si consenta di sostituire a questo concetto un altro: « medicare subito compiutamente e bene, anche operativamente, e ospedalizzare, possibilmente, presto ».

I citati autori hanno troppa esperienza di cose militari perchè possa essere sfuggito loro con quanta rapidità avvenga la saturazione degli ospedali ed ospedaletti di un corpo d'armata durante le azioni: ed allora resta una alternativa: o sgomberare, dopo una medicatura frettolosa che non reca miglior vantaggio dell'altra precedentemente fatta, o inviare i feriti direttamente dalla fronte agli ospedali territoriali. Niente di male con ferite già convenientemente trattate. Ma, se giungono in condizioni non buone già agli ospedaletti, come giungeranno ancora più indietro?

Ecco perchè le complicanze settiche, dalle più lievi alle gravissime, diventano la regola.

Ho detto più sopra che il rimedio l'hanno indicato le ambulanze chirurgiche di armata. Si tratta solo di estendere il concetto del precoce intervento operativo, di estenderlo anche alle altre ferite, si tratta di non frapporre tempo nell'aprire e fognare secondo arte una cavità articolare largamente lesa, nell'allacciare un vaso sanguinante, nel regolarizzare, sbrigliare ed immobilizzare in corretta posizione un focolaio di frattura, nel ripulire e recentare le ferite anfrattuose delle parti molli, nell'estrarre i proiettili, i corpi estranei, ecc. ecc. In altre parole, è necessario stabilire una « *organizzazione operatoria* » più prossima alla linea del fuoco e *senza la preoccupazione della spedalizzazione.*

In una mia recente pubblicazione (v. « Policlinico », f. 17, Sez. Prat., 1917), riportando quello che mi era stato possibile fare presso un reggimento e riferendo i risultati avuti, superiori alla mia aspettativa, sostenevo appunto, in base alla esperienza di dieci mesi circa, la possibilità di interventi operatorii, di medicature attive in tutta prossimità della linea di fuoco. Siamo lontani dalle operazioni in trincea, come vorrebbe il prof. Rossi-Doria (l. c.), ma siamo anche lontani dai tardivi interventi ospedalieri.

Quando la ferita sia diligentemente sbrigliata e ripulita, e i corpi estranei siano asportati, e una fognatura possibilmente antisettica (ipocloriti) venga acconciamente praticata, e si

proceda ad una accurata sistemazione dei capi ossei fratturati, il ferito può percorrere anche grandi distanze senza paura di conseguenze settiche gravi.

E tutto ciò si può fare.

Il Faralli (l. c.) vede nettamente il problema quando afferma che « per eseguire operazioni importanti e delicate a breve distanza dalla linea del fuoco, due cose soltanto basta far avanzare: l'operatore e la sala operatoria ».

Giustissimo. Peccato però che le operazioni « importanti e delicate » siano soltanto le operazioni sulle cavità!

Bisogna estendere il concetto delle operazioni « necessarie ». Quanto al resto: d'accordo. Un operatore, ed una camera operatoria: anzi, tanti operatori e tante camere operatorie, proiettati in avanti, senza preoccupazioni di spedalizzazione od altro, intesi solo a trattare le ferite *subito*, a poca distanza dal trauma, in modo rispondente ai postulati scientifici, intesi a praticare *sul posto* quelle operazioni grandi o piccole che si fanno in ogni ospedaletto: a questi ultimi la continuazione della cura: ecco la soluzione del quesito.

Ogni brigata di fanteria abbia il suo reparto operatorio avanzato, posto oltre le Sezioni di Sanità, presso i posti reggimentali centrali: ogni reggimento riunisca in unico posto i suoi medici sì da poter esattamente medicare le ferite più lievi (e son la maggioranza) avviando al reparto operatorio le altre, ed alle ambulanze chirurgiche i cavitarii: ecco una divisione di lavoro veramente utile e proficua nell'interesse di *tutti i feriti* e non solo di *alcuni* erroneamente considerati come *più interessanti*.

Non è utopistica la mia idea: essa è stata già attuata qua e là per la iniziativa di qualche isolato e del sottoscritto: essa è già da parecchio tempo resa pratica in Francia. Perchè quello che ora da noi è eccezione, non può divenire la regola?

Basterebbe liberarsi un po' dalla idea fissa dello «*sgombero rapido*» di feriti « *comunque* » trattati. È una vera idea fissa, una ossessione che fa perdere di vista il giusto scopo dell'assistenza del ferito: quello di prevenire e di curare.

Si facciano dunque delle piccole sale operatorie mobili, rapidamente spostabili, che si impiantino in brev'ora, provvedute di mezzi proprii di sterilizzazione e di illuminazione, provvedute di mezzi proprii di locomozione: non costeranno troppo e non saranno troppo ingombranti.

Nei momenti di azione vengano mandate avanti, si colleghino con i posti di medicazione reggimentali ed operino ed inviino agli ospedaletti ferite già convenientemente trattate.

Due *camions*, una camera operatoria smontabile, tavolo operatorio, strumentario adatto, ebollitori, una piccola autoclave: un chirurgo, due assistenti, otto infermieri, due meccanici: ecco tutto il fabbisogno.

Le minuscole « pattuglie chirurgiche » sono lanciate presso coloro che cadono, esse non attendono che i feriti vadano a loro, ma li raggiungono, profittano del poco spazio che occupano per ripararsi dietro ogni piccola sporgenza di terreno e si mettono all'opera: attive, diligenti, operose, instancabili, avviando nelle retrovie feriti che, nella gran maggioranza non conservano più nelle loro carni lacerate i germi di future infezioni, le possibilità di ulteriori complicazioni.

Una idea utopistica? Può anche darsi.

A me si consenta di sperare che divenga una prossima realtà.

14 giugno 1917.

NOTE E CONTRIBUTI.

Prima medicazione delle ferite di guerra

Proposta.

Sia le medicazioni asettiche come le antisettiche nei posti di medicazione e Sezioni di Sanità non hanno impedito l'insorgere delle più gravi infezioni chirurgiche, dimostrandosi incapaci ad ostacolare lo sviluppo dei germi sia aerobi come anaerobi, causa d'innumerevoli disastri.

Ho pensato: Perchè non ritornare all'antico, e in primissimo tempo, come primissima medicazione, imbalsamare la ferita? Il *nil sub sole novi* e il *multa renascentur* ci devono sempre essere presenti.

Ma all'adozione dei balsami (peruviano, toluano, ecc.) fanno in questo momento ostacolo il prezzo elevatissimo e la non facile disponibilità; perciò pensai se non fosse il caso di tentare l'applicazione del catrame di Norvegia liquido, in sostituzione dei balsami, incatramando tutto il tramite percorso dal proiettile.

Occorrerebbe dotare i posti reggimentali di recipienti adatti, quali potrebbero essere delle ondine tipo oculistica, in metallo.

La medicazione sarebbe così ridotta alla più semplice possibile ed economica.

Mi si obbietterà che una proposta di tal genere non suffragata da esperimenti su larga scala non ha alcun valore pratico; ed infatti era mia intenzione esperimentare il metodo quando ero Direttore di Sanità del 24° Corpo d'Armata, ma il mio, non richiesto, allontanamento dal fronte, me lo ha impedito.

Se qualche mio collega, teoricamente persuaso della praticità del metodo, vorrà esperimentarlo, glie ne sarò ben grato.

Bologna, 25 luglio 1917.

Dott. TOMMASO ROSSINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

XXV Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

SESTA SEDUTA — 5 marzo: ore 15.

Comunicazioni varie.

Importanza della laringostomia nei postumi delle ferite laringo-tracheali.

FERRERI GHERARDO (Roma). — V. *Policlinico*, sez. prat., 1917, num. 14.

Enunciativo scientifico dal quale dipende ogni intervento chirurgico o protesico nelle lesioni traumatiche delle ossa facciali.

AVANZI RICCARDO (Bologna). — Le ossa lunghe precedute da cartilagine, allorquando si fratturano, presentano nel processo di loro cicatrizzazione (callo osseo) una successione di stadî che ricorda la loro evoluzione embriologica.

Le ossa della faccia invece, di origine periferica, seguono nei loro processi di cicatrizzazione delle modalità metaplasiche, come è metaplasica la loro ossificazione nomale. Così, per conseguenza, è della mandibola.

Essa nasce dal tessuto connettivo molle o germinativo, e nel suo svolgimento graduale è possibile seguirla, da prima con l'addensamento di elementi cellulari in prolificazione cariocinetica, e successivamente per lo stabilirsi di un sistema di trabecole a svariata direzione ed intreccio.

Nella abbondante sostanza fondamentale sono disseminati gli osteoblasti, che poi finiscono per allinearsi sui margini delle trabecole stesse contemporaneamente al loro moltiplicarsi. Negli spazî risultanti si fa strada una fitta rete vasale circondata da giovani cellule germinative dell'osso.

In un periodo ancora più avanzato possiamo riscontrare in punti diversi la formazione di una sostanza ialina omogenea e trasparente, priva di sali di calce, che va man mano aumentando di area fine che le varie formazioni acquistano fra loro continuità. Questa sostanza di prima plasmazione può dirsi osteoide, o, come la chiama il Testut, osseina.

Primieramente dai punti originarî della osseina, e poi, con lo stesso meccanismo di azione, dalla sostanza ialina, questi centri di precipitazione dei sali si diffondono, si incontrano e vanno a costituire la sostanza ossea con gli stessi caratteri delle altre ossa che hanno preformazione condrale.

Tale procedimento si svolge sincromo sulle due metà della mandibola, con qualche precedenza nel punto corrispondente alla faccia esterna della cartilagine di Mekel, che prende parte alla costituzione di questo primo arco viscerale. Anzi la partecipazione della faccia esterna della cartilagine del Mekel sarebbe così sostanziale, secondo il Kolliker, da doversi ammettere che il condilo (soltanto esso) sia preceduto da un abbozzo cartilagineo.

Tutto ciò spiega la rigenerazione di larghi tratti di mandibola (fino a 64 mm.) e dà la ragione dello impiego delle ferule di distanziamento empiricamente in uso nelle soluzioni di continuo del mascellare inferiore.

Come conclusione, l'O. enuncia questa proposizione:

L'eccitamento traumatico stabilisce nello ambiente stimolato condizioni analoghe a quelle embrioegeniche, onde le ossa che ebbero origine metaplasica trovano (in opportuni stati costituzionali e di età e dentro determinati limiti) ragione alla loro rigenerazione per un ritorno funzionale cellulare con le stesse modalità di quello della loro genesi, anche indipendentemente da elementi osteoblastici preesistenti.

La loro rigenerazione segue le stesse leggi dinamiche e statiche imposte dalla funzionalità alla quale sono intese. Ne deriva che l'arte deve disciplinare il processo rigenerativo togliendo di mezzo gli elementi perturbatori, specialmente opponendosi a quelle energie che ostacolano il normale sviluppo dell'organo nelle sue caratteristiche somatiche, e quindi funzionali.

Innesti epidermici per coprire le superfici e cavità ossee in via di riparazione.

INGIANNI ERNESTO. — L'O. nei casi di estese perdite di sostanza di superfici ossee o di ampie cavità ossee, per accelerarne la guarigione e il riempimento, procede all'applicazione di innesti cutanei che coprono le superfici dell'osso e tappezzano le pareti della cavità ossea svuotata. È specialmente in questi ultimi casi di ampie cavità che più è palese il vantaggio. I lembetti cutanei innestati, in gran parte attecchiscono, si riuniscono con i margini della cute e in qualche settimana si vedono chiudere ampie cavità ossee e canali fistolosi che conducevano ad esse. Per la tecnica si seguono le norme generali dei trapianti alla Tiersch-Reverdin. Con un rasoio molto tagliente si asportano al lato esterno della coscia e del braccio lembetti cutanei comprendenti una parte del reticolo Malpighi e della dimensione di 2. 3 cm. La superficie dell'osso viene raschiata dalle granulazioni che la ricoprono e, ottenuta l'emostasi, si applicano i lembetti coprendoli con un sottile strato di vasellina gialla pura. Al disopra si applicano sottili listarelle di carta pergamena-sterile provvista di numerosi forellini per il passaggio delle secrezioni.

La cutizzazione delle superfici ossee, oltre che sollecitarne la guarigione, offre l'altro grande vantaggio di assicurare la nutrizione e la vitalità dei tessuti neoformati. Quando infatti si devono colmare ampie e profonde cavità ossee in individui deboli o pretubercolosi avviene molto spesso che l'osso rigenerato, infiltrandosi di sali calcarei, manca di una nutrizione sufficiente per la scarsità dei vasi che gli vengono dalle parti profonde e per il restringersi del loro lume. La parte superficiale dell'osso neoformato facilmente si riinfetta e spesso si necrotizza.

Con la cutizzazione della superficie ossea di neoformazione si crea una nuova via di circolazione che dalla superficie e dai margini va ad irrogare l'osso sottostante, impedendo che si verifichino le conseguenze dovute alla deficienza di circolo.

Numerose applicazioni di questo metodo l'O. ha praticato in casi di chirurgia di guerra e nella pratica civile.

Mutilazioni in primo tempo.

CURCIO SAVERIO (Firenze). — L'O. mostra una lunga serie di diapositive di feriti prima e dopo la mutilazione di questo o quell'arto o segmento di arto (alcuni considerati da altri chirurgi in condizioni assolutamente disperate) per convalidare il proprio concetto che le mutilazioni al campo debbono essere praticate o meno secondo la scienza e la coscienza del chirurgo, e non già teorizzate in formule e schemi. Come nel caso di neoplasie maligne dell'utero la diagnosi è indicazione sufficiente alla demolizione dell'organo, nè v'ha alcuno che muova in crociata contro le amputazioni uterine per cancro, basandosi su possibili errori di diagnosi e perciò di indicazione, così deve lasciarsi completamente al chirurgo militare degli ospedaletti, delle ambulanze, ecc., il criterio se mutilare o no un arto, data una lesione di questo che minacci la vita del paziente. Piuttosto sarebbe opportuno cercare che nelle unità sanitarie chirurgiche vi fossero sempre chirurgi veri, esperimentati, cui si possano affidare con piena sicurezza i feriti.

Erniosi e servizio militare.

CATTERINA. — Prima che il Congresso abbia termine desidera sottoporre, con il consenso del Presidente, all'approvazione dei presenti il seguente voto:

« Il Congresso di chirurgia tenuto in Bologna, nei giorni 3-4-5 marzo 1917, considerato:

1° la grande frequenza degli erniosi che si presentano alle visite militari (10-15 %);

2° il fatto che in prevalenza sono colpiti individui robusti che nella vita borghese attendono malgrado tale infermità ai lavori più faticosi;

3° che tale malattia è curabile radicalmente con operazione divenuta oggi, per merito della chirurgia italiana, di sicura e facile esecuzione;

4° che la esperienza ha dimostrato essere il cinto bene applicato un eccellente mezzo di contenzione dell'ernia e che permette al paziente di sobbarcarsi anche a lavoro gravoso;

5° che le statistiche dimostrano essere lo strozzamento assai raro, approssimativamente uno strozzamento su due mila erniosi (dovendosi escludere le donne);

6° che spesse volte lo strozzamento interviene appunto per essere il cinto inadatto o male applicato;

7° che ai militari erniosi rifiutanti l'operazione si può applicare la protesi con criterii esatti, anche se precedentemente alla visita non ne facevano uso, con che resterebbe ancor più diminuita la percentuale dello strozzamento;

8° che è presumibile vi sia sempre tempo sufficiente per sottoporre un soldato affetto da strozzamento erniario in luogo opportuno all'operazione;

9° che negli altri Stati belligeranti l'ernia non dà luogo a riforma;

10° che i vigenti regolamenti permettono agli ufficiali e sottufficiali di prestare servizio malgrado siano affetti da ernia;

Opina che il legislatore dovrebbe escludere l'ernia che non sia irriducibile o incontenibile dalle infermità che importano esenzione dal servizio militare ».

***

Terminato così il Congresso, senza che si siano svolte tutte le comunicazioni d'indole generica annunciate — e ciò per mancanza di tempo — si alza il Presidente del Comitato ordinatore a parlare:

RUGGI. — Egregi Colleghi! Giunti al termine di questo nostro Congresso che, come dissi fin dal principio, segnerà un'epoca memoranda negli annali della scienza e dell'arte chirurgica, dobbiamo tutti sentirci soddisfatti, anzi orgogliosi dell'opera compiuta.

Mai come in questo Congresso della nostra Società Italiana di Chirurgia fu tanto concorso di colleghi, tanta unanimità di intenti, tanto entusiasmo, tanto lavoro proficuo diretto al raggiungimento del fine sublime di cooperare con la mente e con il cuore al bene dei nostri cari soldati feriti.

Un sentimento diffuso di italianità ha aleggiato costantemente in quest'aula, accresciuto dalla presenza e cooperazione di tanti nostri valorosi colleghi che, discesi dalla zona di guerra, hanno fatta sentire la loro forza di azione fisica, intellettuale e morale.

Gli argomenti presentati per la loro trattazione furono molti, anzi troppi, per guisa che, data la tirannia del tempo, è stato necessario fare subito, d'accordo coi colleghi, delle grandi eliminazioni d'argomenti che saranno affidati agli atti del Congresso.

Ad ogni modo non si può negare a questa nostra riunione una grande importanza per gli argomenti discussi e tutti di grande interesse scientifico e pratico.

Ed ora io ringrazio tutti, compiacendomi dell'ordine e del reciproco affratellamento, fatto sentire con espressione di rispetto e stima profonda.

Vi saluto cordialmente e nel dividermi da voi formulo l'augurio di vedere coronata l'opera nostra a vantaggio della Patria e come chirurgi e come Italiani.

Dott. L. C. ZAPELLONI (1).

(1) Il dott. C. Mariani di Schio, a proposito del sunto della sua comunicazione: *« Proposta di un mezzo semplice per sostituire la fionda nelle amputazioni »* apparso nel num. 17, pag. 555 di questo periodico, desidera far rettificare due punti: 1° che il piatto di alluminio di cui si serve per la retrazione delle parti molli nelle amputazioni è un vero piatto e non un tegamino e quindi non ha manici; 2° che, nel caso di amputazioni in corrispondenza di segmenti di arti con due ossa, non sono necessarie due fenestrature dalla periferia del piatto al centro, ma basta una fenestratura sola, onde unico è il tipo dell'ordegno.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La diagnosi ed i caratteri clinici della gotta.

La gotta viene definita come dipendente da alterazioni del metabolismo purinico; il sangue dei gottosi contiene una quantità di acido urico, che è 2-4 volte superiore a quella normale. Dopo un'alimentazione ricca di purine, la escrezione dell'acido urico nel gottoso è generalmente ritardata o diminuita in confronto dell'individuo sano. Negli intervalli fra gli attacchi, l'escrezione dell'acido urico, con una dieta apurinica, è generalmente minore del normale. L'infiammazione acuta, accessuale, delle articolazioni è seguìta da depositi di urato sodico, che nella gotta cronica formano i noduli conosciuti col nome di tofi.

S. H. Pratt (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 dic.) ritiene che molti errori vengano commessi nelle diagnosi di gotta, che viene spesso scambiata col reumatismo, o con l'artrite deformante, ed attribuisce principalmente questi errori alla rarità con cui si osserva la vera gotta agli Stati Uniti.

La miglior descrizione dell'accesso rimane sempre quella di S. Ydenham; la sede dell'affezione è quasi costantemente al dito grosso del piede, specialmente nel primo accesso. Negli accessi consecutivi e nelle manifestazioni più benigne della gotta cronica, si hanno anche altre localizzazioni. Il dolore è intenso quanto mai: un umorista francese per differenziarlo da quello del reumatismo lo ha descritto in questo modo: Mettete la vostra articolazione sotto un torchio e stringete fino a che non possiate più sopportare il dolore: questo è il reumatismo: date poi un'altra buona stretta al torchio ed avrete l'idea della gotta.

Nelle parti affette si nota spesso edema e desquamazione cutanea: all'inizio dell'accesso si ha talora un po' di febbre non però alta. L'attacco dura parecchi giorni od anche delle settimane.

La diagnosi col reumatismo viene aiutata da diversi fatti: anzitutto l'età, che difficilmente è inferiore ai 35 per la gotta, poi le complicazioni che sono per il reumatismo l'endocardite, e per la gotta la nefrite interstiziale.

Le manifestazioni della gotta sono favorite dall'uso di bevande alcooliche, specialmente fermentate, la birra forte ed i vini generosi, dall'alimentazione ricca in cibi animali e da una vita sedentaria. Anche il piombo può provocare la gotta.

La radiografia può fornire un prezioso aiuto nelle diagnosi: si notano delle piccole aree oscure, circolari con dei margini chiari e netti, nelle epifisi delle articolazioni affette specialmente alle dita.

L'orina nei gottosi. — Con la dieta apurinica, l'escrezione di acido urico è spesso bassa negli intervalli fra gli attacchi ma raramente al disotto del normale (gr. 0,3 al giorno); nei giorni precedenti l'accesso vi è una diminuzione dell'acido urico, seguìta da un aumento durante l'attacco ed una successiva diminuzione.

L'acido urico nel sangue. — È generalmente aumentato nei gottosi, sia durante gli attacchi, che negli intervalli; la quantità media è di mg. 3,7 per 100 cmc. di sangue (mg. 1,7 nei non gottosi). Talvolta durante la dieta apurinica si trova in quantità scarsa, non mai inferiore a mg. 1,4.

Quando si somministra un cibo con molte purine, si ha un aumento notevolissimo dell'acido urico, ciò che non si verifica nel normale. La prova si eseguisce somministrando — dopo alcuni giorni di dieta apurinica — 150-300 gr. di animelle di vitello ed esaminando il sangue 48-72 ore dopo; spesso si osserva anche dolore od infiammazione acuta nelle articolazioni. Probabilmente l'aumento di acido urico si osserva anche in altre malattie (nefrite cronica, alcoolismo).

Un altro criterio diagnostico può dedursi *a juvantibus*, cioè dal colchico nella gotta e dai salicilati nel reumatismo. FIL.

TERAPIA.

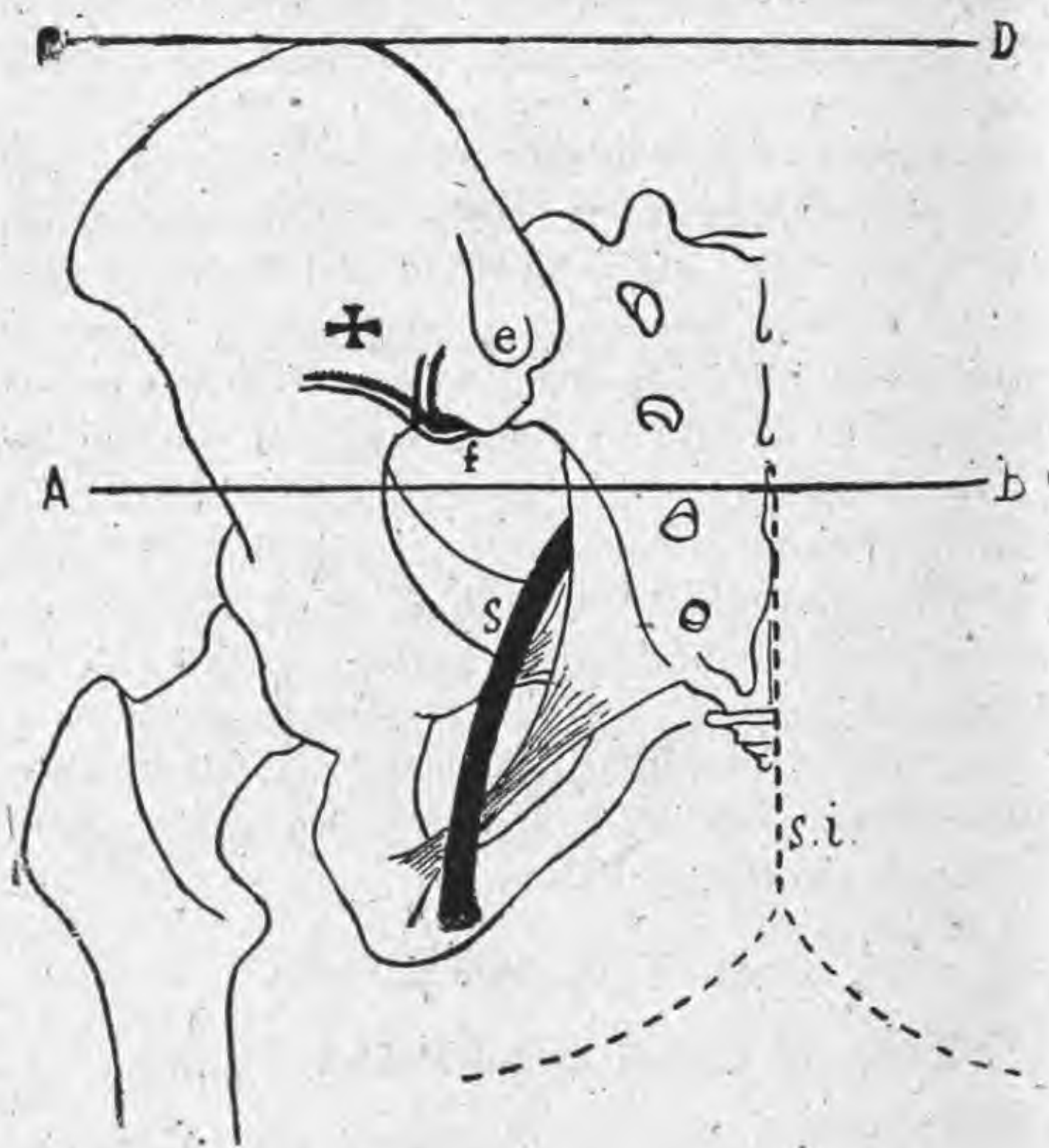
Escare ed ascessi da iniezioni di chinino.

I sali di chinina somministrati per iniezione, pur provocando nella circolazione generale una iperleucocitosi dei mononucleari, hanno proprietà chemiotattiche nettamente negative: si comprende quindi che, non potendo i fagociti penetrare nella zona d'iniezione, qualsiasi germe comunque penetratovi, trova delle condizioni favorevoli al suo sviluppo. Particolarmente propizie sono le regioni a tessuto cellulare lasso, in cui generalmente si fanno le iniezioni comuni (parete addominale, spalla, faccia esterna della coscia).

La complicazione degli ascessi da chinino è da attribuirsi, oltre che ad infezione, per difetto di tecnica, anche al grado di concentrazione della soluzione, ed alla ripetizione delle iniezioni. Lo stato di cattiva nutrizione e di scarsa resistenza del malarico coadiuva i disturbi trofici locali. La flora batterica degli ascessi è as-

sai varia: vi predominano gli stafilococchi e gli streptococchi, talvolta però il pus è sterile.

L'apertura dell'ascesso può dare esito a del pus *bonum* ed in tal caso la guarigione è abbastanza rapida, oppure ne può uscire del pus sieroso, fetido; le pareti sono tappezzate da detriti necrosati, si formano dei vasti scollamenti e la suppurazione si prolunga di molto.

La gravità dei disordini anatomici dell'escara provoca dei sintomi funzionali serî. Con la eliminazione dei tessuti morti, la sensibilità della piaga diventa vivissima; dei dolori folgoranti s'irradiano lungo il tragitto dei tronchi nervosi, spesso affetti da nevrite. L'arto si fa edematoso, si producono delle retrazioni muscolari secondarie; alla natica può essere interessato lo sciatico ed aversi, per conseguenza, paralisi dei muscoli posteriori della coscia e dei muscoli della gamba. La prognosi è sempre grave. Per il trattamento, L. Moreau, che ne ha osservato molti casi nei soldati reduci dal fronte orientale (*Presse médicale*, 22 marzo), consiglia i larghi sbrigliamenti e l'uso del liquido di Carrel e di Delbet, l'escisione delle parti necrosate, le medicazioni quotidiane, stando attenti, nel caso di escare, a prevenire una eventuale emorragia. In seguito si procederà agli innesti. Particolare cura richiede sempre lo stato generale (arsenicali, buona igiene, ecc.).

Profilassi. — Praticare sempre le iniezioni endomuscolari o endovenose. Per le prime si può usare la soluzione di cloridrato neutro di chinina (gr. 2,5 in 10 cmc.; ogni cmc. contiene gr. 0,25), oppure le fialette di chinina-uretano (cloridrado basico di chinina *cgr. 40*, uretano *cgr. 20*, acqua dist. *cmc. uno*).

L'iniezione sarà spinta lentamente nei muscoli della natica evitando che la soluzione penetri nel derma. Il punto d'elezione (vedi fig.) sarà compreso fra la cresta iliaca ed una linea trasversale che sfiora l'estremità superiore del solco fra le natiche. Per evitare oltre che lo sciatico, anche i rami dei vasi glutei superiori, si infiggerà l'ago a tre dita trasverse all'esterno della spina iliaca postero-superiore.

L'iniezione endovenosa può farsi o con la soluzione di Baccelli (cloridrato di chinina *grammi uno*, cloruro di sodio *mgr. 75*: acq. distillata *cmc. 10*) o aggiungendo una fiala di chinino-uretano a 20 cmc. di siero isotonico. Tali iniezioni, da farsi molto lentamente (goccia a goccia) si useranno nei casi gravi che dimostrano specialmente una scarsa vitalità dei tessuti. Contemporaneamente si faranno anche delle infezioni di adrenalina, essendo dimostrata nella malaria quanto sia frequente l'insufficienza delle surrenali. I. P.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Rapporti della milza col fegato e col sangue.

La milza ha dei rapporti stretti e notevoli con il fegato, mandando a questo il materiale che prende dal sangue. L'ipertrofia splenica nella cirrosi epatica e la cirrosi del fegato nella malattia di Banti sono una riprova di questo.

Probabilmente la milza trattiene i residui delle emazie disgregate e le invia al fegato per un uso ulteriore, ed agisce inoltre da crivello per i parassiti e per i prodotti degenerativi. Essa ha inoltre dei rapporti con il sangue; nel feto, contribuisce alla sua formazione; alla nascita perde il potere di formare le emazie, ma dispone di quelle ormai morte.

L'ingrandimento della milza può riscontrarsi nell'anemia splenica, nell'ittero emoliitco, e forse nell'anemia perniciosa; in alcuni casi (p. e. sifilide) esso è associato con una concomitante anemia secondaria, che scompare con l'ablazione della milza stessa.

Risultati diversi si sono ottenuti con la splenectomia in diverse malattie.

a) *Nelle infezioni*: notevoli vantaggi si sono avuti nel caso di sifilide cronica, in cui la splenectomia ha provocato un miglioramento dell'anemia. Nel caso di condizioni settiche croniche, non si notarono notevoli benefici.

b) *Nelle malattie epatiche*: nella forma biliare primaria, i vantaggi sono stati evidenti: spesso sono scomparsi l'ascita e l'anemia.

c) *Nelle malattie del sangue*: anche dopo

stabilitasi la cirrosi epatica e l'ascite si sono avuti miglioramenti; così pure nella malattia di Gaucher. Nell'ittero emolitico (anemia di origine splenica con ittero acolurico) la splenectomia ha dato risultati sorprendenti; in 24 ore l'ittero comincia a scomparire ed anche l'anemia migliora rapidamente.

Mayo ha operato di splenectomia anche dei pazienti affetti da anemia perniciosa e ritiene che, con l'intervento precoce, si possano portare notevoli vantaggi.

(*Edinburgh Med. Journ.*, agosto 1916). FIL.

NOTE DI MEDICINA SOCIALE.

Il significato dei rumori presistolici.

Dal punto di vista dell'assicurazione sulla vita, questi rumori debbono venire bene differenziati; però quando l'esaminatore abbia qualche dubbio sulla loro origine è consigliabile di considerarli gravi, in quanto che si corre il rischio di accettare, sia pure con innalzamento del premio, un individuo con stenosi mitralica o con rigurgito aortico.

Secondo T. Lumsden (*Lancet*, 29 aprile 1916) quando l'esame più accurato abbia dimostrato che si tratta di un rumore presistolico senza stenosi, si deve calcolare il premio aggiungendo parecchi anni (non mai meno di cinque) all'età del paziente, poichè in molti di tali casi si hanno delle valvole mitrali leggermente anormali, che con maggior facilità delle altre possono diventare insufficienti.

Questi casi però possono bene venire accettati in diverse occupazioni, ed anche come tranvieri, chauffeurs, in quanto che la possibilità dei deliquî non è una conseguenza diretta di questo stato di cose, che non deve venir considerato neanche come un impedimento al servizio militare od agli sport.

L'A. dà la seguente notazione fonica dei rumori presistolici: 1) rumore di Flint: frrrip, dupfrrrip, dupfrrrip; 2) rumore da stenosi: frrrip dupup, frrrip dupup; 3) rumore senza stenosi: frrrip dup, frrrip dup; 4) rumore da stenosi sistolico: frrripuist dup, frrripuist dup; toni normali: lub dup, lub dup. FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(855) *Quesiti dermatoiatrici.* — L'abb. n. 7391 chiede:

1° il mezzo migliore per far scomparire le rughe della faccia, formatesi precocemente, e per conservare la pelle morbida, liscia.

2° la cura più adatta per l'iperidrosi dei piedi.

In un mio lavoro potei dimostrare che l'atrofia del tessuto elastico, che è il fenomeno anatomico essenziale a cui è dovuta la ruga, è sempre accompagnata negl'individui giovani da altre alterazioni (infiltrazione parvi-cellulari, alterazioni dei follicoli sebacei, ecc.) le quali si devono ritenere come espressione di condizioni patologiche generali che occorre ricercare caso per caso per tentare di combatterle e di rimuoverle. Localmente massaggi con pasta di mandorle e lozioni con preparati debolmente astringenti (p. e. solfato di allumina gr. due - acqua di rose gr. duecento - latte di mandorle spesso gr. cinquanta).

Una buona formula per rendere la pelle del volto liscia, specie in quei casi in cui vi ha lieve seborrea, è la seguente: Tintura di benzoino gr. quattro — Carbonato di potassio — Alcool canforato ana gr. uno — Acqua di Colonia, gr. duecentocinquanta — Tintura di ambra muschiata, centigr. venticinque — Uno o due cucchiai da zuppa nell'acqua da lavarsi.

Per l'iperidrosi dei piedi, pediluvi frequenti con decotto di corteccia di quercia (100 gr. di corteccia per un litro di decotto), polveri a base di acido salicilico (acido salicilico gr. tre, amido gr. 70, talco veneto gr. 27), oppure l'unguento di Hebra disteso su liste di tela, applicato sulla pianta e sulle superficie laterali e plantari delle dita e rinnovato giornalmente per una o due settimane. Le spennellature di formalina all'1-10 % o l'unguento di formalina (5-15 %) sono esse pure utili, sempre però che non vi siano ragadi, erosioni, eczemi, ecc., o che tali complicazioni, frequenti ad aversi nell'iperidrosi dei piedi, siano state in precedenza convenientemente curate. V. MONTESANO.

(856) Al dott. G. C. abb. n. 7025:

Non ci consta che esistano traduzioni italiane o francesi dell'opera di Pavlow sul lavoro delle ghiandole digestive. Ve n'è una edizione tedesca (*Die Arbeit der Verdauungsdrüsen* - Wiesbaden, 1898) ed una inglese (*The Work of the Digestive Glands* - London, 1902). Lo stesso si può dire per i lavori di Hinhede, che esistono in inglese (Edw. Leqwur e C.i ed., 1914) ed in tedesco (*Eine Reform unse rer Ernährung* - K. F. Kocler ed., Lipsia, 1908; *Unsere grossen Er-*

nährungs - Thorheiten Holze ed., Lipsia). Dei risultati ottenuti da questi lavori potrà trovare un largo cenno nella *Fisiologia* di Luciani e nell'*Alimentazione umana* di Luciani e Baglioni (Soc. Editr. Libr., 1917).

Per l'artritismo può consultare: Debove, Achard et Castaigne, *Maladies de la nutrition* - Masson ed., Parigi 1912; e H. Mauban: *L'Arthritisme et son traitement* - J.-B. Baillière, Parigi, 1911. FIL.

(857) Al dott. F. U., Zona di Guerra:

In Italia si pubblicano: il *Giornale di Medicina Militare*, Direzione e Amministrazione presso il Ministero della Guerra; gli *Annali di Medicina Navale e Coloniale*, Direzione e Amministrazione presso il Ministero della Marina. R. B.

(858) All'abb. n. 2999:

Abbiamo già risposto nel fasc. 49 del 1916, p. 1440, 743. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

CHATELIN et DE MARTEL. *Blessures du crâne et du cerveau.* Collection Horizon. Prezzo L. 4. Editore Masson et C.ie, Parigi, 1917.

In questo volume, uno dei più ampi e dei più importanti della Collezione Horizon gli Aet. hanno esposto con chiarezza e concisione tutto il frutto della loro larga esperienza negli ospedali di guerra.

La dottrina delle localizzazioni cerebrali, la topografia cranio-cerebrale hanno trovato nella guerra un tristissimo quanto vasto campo di osservazione, talora più preciso e più conclusivo del più riuscito esperimento di laboratorio.

Gli autori hanno abilmente sfruttato questo materiale non solo per i progressi della fisiologia e della clinica, ma sopratutto per il perfezionamento del trattamento.

Bene ha scritto Pierre Marie nella prefazione a questo libro, che malgrado la sua piccola mole esso costituisce un vero trattato ed una guida per lo studio delle affezioni traumatiche ed a focolaio del cranio e dell'encefalo.

DR.

L. IMBERT e P. REAL. *Le fractures de la machoire inférieure.* Collection Horizon. Masson, édit., Paris, 1917. Prix 4 frs.

È un fatto che prima della attuale guerra pochi erano i chirurgi e gli stomatologici che potevano possedere una esperienza personale importante circa le fratture del mascellare inferiore.

Non si aveva avuto il modo di formarsi una idea sulla varietà e sull'utilità degli apparecchi consigliati dai classici della materia, anche perchè per costruire molti di tali apparecchi occorreva avere a disposizione un grande laboratorio.

La guerra moltiplicando queste lesioni, che si sono dimostrate passibili di cura efficace e relativamente benigna, ha messo in valore la opera degli stomatologici militari ed al giorno d'oggi funzionano in tutti i paesi belligeranti dei centri stomatoiatrici e dei reparti di stomatoiotria presso le armate, dotati di piccoli laboratorii completi sotto ogni punto. Il libro in questione è opera di due di questi stomatoiatri militari e la tesi che esso sostiene soprattutto è l'inversione della formula caldeggiata da molti, che nella terapia delle fratture del mascellare inferiore si debba cercare di procurare soprattutto un buon ingranaggio interdentario, anche a costo della produzione di pseudartrosi.

Il manualetto dell'Imbert e Real sostiene invece che l'assicurare un buon consolidamento della frattura sia il primo compito del chirurgo stomatologo. L'esposizione succinta, ma assai chiara dei varii metodi tecnici impiegati allo scopo è illustrata da più di cento fra figure e riproduzioni di fotografie e radiografie.

G. MENDES.

F. LAGRANGE. *Les fractures de l'orbite par projectiles de guerre*, 1 vol. in-8° di 222 pag., con 73 fig. e tavole fuori testo. Masson et C.ie, ed. (Collezione Horizon). Parigi. Prezzo L. 4.

L'A. ci presenta, con questo lavoro, un libro realmente vissuto, ricco di osservazioni ampiamente documentate con disegni, schemi di esami oftalmoscopici, ecc. La larga esperienza offertagli dalla guerra ha condotto l'A. a modificare molte delle opinioni correnti. Fra i risultati più interessanti ottenuti accenniamo ai seguenti. È da escludersi anzitutto la frattura dell'orbita per irradiazione e per contraccolpo, anche nei gravi traumatismi cranici; le fratture orbitarie sono sempre dirette. L'occhio, anche se non è toccato direttamente può subire delle lesioni per scuotimento, di cui il primo grado è la commozione retinica. L'andamento del projettile e la produzione delle diverse lesioni si trovano in rapporti tanto costanti da potere venire sintetizzati sotto forma di leggi. Non si osservano rotture parziali sclerali, secondo la teoria dell'equatore di depressione: il projettile, o tocca tangenzialmente l'occhio e produce delle lesioni di contatto, o lo colpisce direttamente, ed in tal caso, se ne rompe la trama fibrosa, lo distrugge completamente.

Assai utile per la terapia è il capitolo su gli innesti adiposi e cartilaginei, accompagnato da diverse fotografie dimostrative. I. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'emancipazione delle levatrici ?

Sulle attribuzioni e sui limiti da fissarsi al l'operosità delle levatrici, si era molto discusso alcuni anni or sono.

Sembrava che il recente regolamento del 1914 (1) restringesse ragionevolmente le mansioni delle levatrici, per quanto le operazioni, cacciate dalla porta, rientrassero dalla finestra, permettendosi di eseguirle nei casi d'urgenza ed attenuando appena tale concessione con una fittizia quanto superflua invocazione alla responsabilità.

Questo è già sembrato un buon passo in avanti ai sostenitori dell'emancipazione delle levatrici i quali ne prendono le mosse per ulteriori e più ampie richieste. Il prof. Guzzoni degli Ancarani ed il dott. Davoli domandano, sul *Pensiero medico*, che siano slargati i limiti d'azione della levatrice, elencando le operazioni a cui questa può essere autorizzata ed i medicamenti che può prescrivere alla partoriente ed alla puerpera.

Il dott. Davoli si chiede addirittura per quali ragioni la levatrice deve avere le mani legate da cervellotici regolamenti, in presenza di una donna in sopraparto che versa in pericolo: ella deve saper fare non solo la diagnosi ostetrica, con l'esplorazione digitale, ma il rivolgimento esterno ed interno, l'estrazione artificiale della placenta, l'applicazione del forcipe e degli altri strumenti chirurgici con o senza la cooperazione del medico o di un'altra levatrice, l'emostasi uterina mediante il tamponamento, le iniezioni antiemorragiche, ecc.: tutto ciò, insomma, chè potrebbe e dovrebbe fare il medico al suo posto V'è una discriminante per il dott. Davoli: egli parla delle levatrici dell'avvenire.

Se non che, queste sbalorditive richieste implicano almeno la laurea in medicina.

Esse hanno fatto insorgere il prof. E. La Torre, che risponde con vivace brio nello stesso periodico (Cfr. anche *La Clinica Ostetrica*, 30 aprile 1917).

Pur sgombrando il terreno dalla questione degli interessi professionali, il La Torre riconosce che questa va tenuta in qualche conto. Ci sorprende, in proposito, che gli Ordini dei medici, tutti assorti dalla questione Brunelli, non abbiano colto l'occasione per difendere la classe medica dalla minacciata minorazione professionale da parte degli zelanti paladini delle levatrici.

Il La Torre eleva però la discussione in un ambiente più alto: la garanzia della salute e dell'esistenza della partoriente e del nascituro, la tutela della famiglia e della società.

Che cosa valgono le levatrici odierne? Molte sono insufficienti, alcune illetterate, solo qualcuna idonea al suo limitato servizio; nè da siffatto apprezzamento vanno escluse quelle che si fanno pagare a biglietti da cento e che usano i guanti di gomma... salvo ad allontanare le coperte od a divaricare le coscie della partoriente, con le mani inguantate, prima di procedere all'esplorazione.

Concedere a tali donne, che nel caso più favorevole sono buone infermiere specializzate, la facoltà di prescrivere medicinali e di eseguire atti operativi, sarebbe un delitto.

Lo scrivere una ricetta presuppone un lavorio mentale incosciente, per cui dalla fisiopatologia dell'organismo e dal farmacodinanismo della droga si risale alla prescrizione. Non ci sembra che le levatrici odierne posseggano la benchè rudimentale capacità di far tanto. Chi scrive, ha veduto ordinare da una diplomata il *soprimato per disinfetasioni* (sublimato per disinfezioni) e non si sentirebbe di concedere l'autorizzazione a prescrivere medicamenti come la segala cornuta, la morfina, la pituitrina, non foss'altro per il pericolo che può comportare la scarsa conoscenza del dosamento...

E gli atti operativi? Sembra inammissibile che un ostetrico provetto, di valore riconosciuto, generalmente apprezzato, il quale meglio di altri è a conoscenza dei pericoli e delle complicazioni sovrastanti ad ogni operazione, possa pensare di affidarne la responsabilità e l'esecuzione alla levatrice L'applicazione di forcipe può esser fatta a cuor leggero solo da chi ignora le difficoltà cui va incontro, tali che il La Torre non esita ad affermare che poche operazioni offrano altrettanta gravità. E la levatrice in un più o meno prossimo avvenire dovrebbe, come illustra il Davoli, applicare il forcipe e praticare comunque ardui atti operativi « senza la cooperazione del medico o di altra levatrice » come i grandi chirurghi, attorniati da aiuti e da infermiere, nelle cliniche sontuose, mentre ella farebbe altrettanto, da sola, nelle condizioni più sfavorevoli?

Siamo agli antipodi della puericultura e della protezione della maternità!

(23)

---

(1) Art. 4. E' vietato alle levatrici di praticare operazioni che richiedono l'uso di strumenti chirurgici.

E' vietato altresì di praticare operazioni manuali sul feto nell'utero, salvo nei casi di urgenza, quando sia impossibile di avere in tempo utile l'opera del medico e sotto la responsabilità della levatrice.

Un altro pericolo è inerente all'emancipazione delle levatrici: la decadenza dell'ostetricia come scienza. Affidata quasi unicamente a tali mani, ritornerebbe nelle condizioni in cui si trovava due o tre secoli or sono, quando era esercitata solo da donne ignoranti, circostanza a cui si deve il fatto che essa non ha progredito, per molto tempo, alla pari delle altre branche della medicina.

Sull'efficacia dell'istruzione impartita a donnicciuole appena provviste di licenza elementare, non v'è nessuno che possa farsi illusioni e chiunque abbia pratica di levatrici potrebbe raccontare delle storielle che sarebbero comiche, se non si pensasse alle tragedie che spesso nascondono.

Deve dunque abolirsi la levatrice? Il La Torre sostiene che sia bene conservarla, e noi sottoscriviamo di buon grado al suo autorevole giudizio. Negli Stati Uniti si è fatta recentemente una campagna per l'abolizione delle levatrici e da noi questa tesi è stata sostenuta dal prof. Miranda. Conviene però osservare, anzitutto, che il medico, nell'assistenza ai parti, ha pur bisogno di qualcuno che lo coadiuvi nelle cure da prestarsi alla partoriente; la si chiami infermiera specializzata, *nurse* o levatrice, è questione di nomi. D'altra parte, siccome il 95 % dei parti decorre normalmente, la funzione della levatrice si può benissimo esplicare, in questi casi, nella illuminata assistenza al parto normale e nell'altro 5 % dei casi, nel saper rilevare quelle condizioni che rendono necessario l'intervento del medico, nonchè nell'aiuto prestato al medico stesso.

L'intervento del medico in tutti i parti è per ora un pio sogno, appena realizzabile forse in particolari condizioni di luogo e di censo; praticamente, soprattutto nelle condotte, non v'è nemmeno da pensarvi; quivi una buona levatrice, ben diretta, può dimostrarsi di somma utilità.

Non abolire nè emancipare, ma elevare piuttosto il livello morale ed intellettuale di queste lavoratrici, fra cui non mancano buone e brave professioniste. Impartire loro un'istruzione più soda, esigere che ogni tanto le loro cognizioni vengano rinfrescate, con corsi speciali, presso le scuole ostetriche. Queste esigenze non potranno però aversi che quando si sia provveduto a retribuirle meglio; dati gli stipendi attuali delle levatrici condotte, non v'è certo da sperare di ottenere elementi molto scelti.

Anche per esse è quindi da invocarsi un *equo trattamento*, tale da corrispondere alle nostre richieste nell'attuale momento sociale.

I. P.

ATTI PARLAMENTARI.

Medici militari al fronte.

Ad analoga interrogazione dell'on. Gortani, il Ministro della Guerra ha dato la seguente risposta:

« Dopo pochi mesi di campagna le autorità militari mobilitate hanno avuto cura di distribuire equamente disagi e pericoli fra gli ufficiali medici in zona di guerra, prescrivendo che il personale delle linee avanzate si avvicendasse nel servizio con quello delle seconde linee e delle retrovie.

« A tale riguardo furono emanate disposizioni rigorosissime dal Comando Supremo e dall'Intendenza generale e furono stabiliti limiti di tempo entro i quali tale rotazione dovesse compiersi per i singoli individui attribuendo la relativa responsabilità ai direttori di sanità di armata. Ma la incessante variabilità della situazione militare, il continuo spostamento di reparti di truppa da un Corpo d'armata all'altro, il modificarsi delle condizioni fisiche degli individui, le esigenze del servizio specializzato, la insufficiente disponibilità di elementi validi per le prime linee hanno costituito sempre difficoltà soverchianti spesso ogni buona volontà e il più vigile accorgimento delle autorità. Recentemente sono state emanate norme ancora più tassative e rigorose alla cui ottemperanza il Comando Supremo porta direttamente la sua attenzione, ma non è a credere che esempi di inadempienza non abbiano ancora a verificarsi per effetto delle suaccennate ragioni.

« Il caso però che ha determinato l'attuale interrogazione non ha nulla di anormale e irregolare poichè il tenente medico Legorini, nei ventitrè mesi di mobilitazione, è rimasto un mese ricoverato in ospedale, due mesi in servizio all'infermeria di Waldeyer e dal 9 giugno ultimo scorso (prima cioè che venisse presentata l'attuale interrogazione), trovasi assegnato ad un ospedale da campo.

« Prego inoltre considerare che il tenente Legorini non solo è giovanissimo - classe 1889 - ma del servizio attivo permanente, posizione che conferisce all'ufficiale il massimo dei doveri sia pel rendimento che pel contegno dovendo rappresentare costante esempio di abnegazione come quello che ha intrapresa la carriera delle armi per libera elezione e in seguito a concorso ».

Medici militari in zona territoriale.

Ad un'interrogazione dell'on. Rubilli il Ministro della Guerra ha risposto:

« D'accordo fra Comando Supremo e Ministero della Guerra si è seguita finora la norma di richiamare in servizio presso le formazioni sanitarie della zona territoriale gli ufficiali medici con 40 anni di età e non meno di un anno di servizio in zona di guerra.

« Recentemente il limite è stato allargato a tutti i medici appartenenti alla classe 1877 (se anche cioè non abbiano ancora compiuto i 40 anni di età) e a quelli della classe 1878 che, mobilitati fin dall'inizio della guerra, avessero prestato almeno

un anno di servizio in prima linea (reggimenti e Sezioni di Sanità).

« Studi finora eseguiti sconsigliano di estendere maggiormente tale beneficio, poichè ogni concessione di massima, sia pur piccola, ha un corrispettivo reale di centinaia di medici da rimpatriare e quindi da sostituire, dovendo altresì provvedere allo inquadramento di nuovi reparti di truppa, alla costituzione di nuove unità sanitarie, al ripianamento delle deficienze rappresentate dalla ordinaria quotidiana usura dello organismo sanitario, nonchè all'esonero di medici per i bisogni sempre crescenti dell'assistenza civile.

« Ad ogni modo la questione dell'avvicendamento è così vitale ai fini del rendimento e del morale del Corpo sanitario, da essere costantemente riguardata con particolare cura dalle autorità militari competenti e se al momento attuale nulla di concreto può essere comunicato al riguardo, c'è però il fermo intendimento di emanare disposizioni sempre meglio rispondenti alla finalità di raggiungere e cioè di distribuire equamente la somma di pericoli e di disagi inerenti allo stato di guerra ».

La politica sanitaria alla Camera.

Riportiamo gli ordini del giorno presentati alla Camera dei Deputati (Cfr. fasc. 30, pag. 944):

« La Camera, affermando l'improrogabile necessità di organizzare l'assicurazione obbligatoria contro le malattie per trarne i mezzi reclamati dalla insufficiente potenzialità economica e tecnica dell'assistenza pubblica agl'infermi negl'istituti ospedalieri ed a domicilio, passa alla discussione degli articoli ».

Pietravalle.

« La Camera — riconoscendo che solo colla assicurazione obbligatoria contro le malattie comunque causate, da disciplinarsi mediante il contributo dei lavoratori, dei principali o dello Stato, e da coordinarsi ad una riforma delle opere di beneficienza — potranno essere riparate le insufficienze che si verificano aggravandosi sempre più dovunque, nella assistenza ospitaliera;

riconoscendo l'alto significato delle manifestazioni che in tutti i campi della vita nazionale invocano tale provvidenza, e più specialmente il significato del voto emesso dal Consiglio Superiore della beneficenza ed assistenza pubblica con recenti sue decisioni;

confida che il Governo vorrà predisporre, colla maggior sollecitudine possibile, gli elementi indispensabili alla organizzazione di tale forma di previdenza, e passa all'ordine del giorno ».

De Capitani, Valvassori, Peroni, Federzoni.

« La Camera confida che il Governo vorrà togliere il servizio sanitario militare all'attuale disformità d'indirizzo ed alla condizione di inferiorità di fronte a poteri non tecnicamente competenti, dandogli una Direzione generale la quale abbia mansioni di autonomia e di responsabilità, al modo della Direzione Generale della sanità pubblica per i servizi civili presso il Ministero dell'Interno;

e intanto voglia il ministro della guerra disporre perchè, senza altri ritardi, sia pubblicata la revisione dell'elenco delle infermità ed imperfezioni che sono causa di inabilità permanente o temporanea: sia meglio disciplinato il servizio e il turno dei medici al fronte, il reclutamento dei soldati ai Consigli di leva, il funzionamento degli ospedali, la concessione delle licenze e l'espletamento delle rassegne;

e sovratutto sia provveduto, con opportune intese tra il ministro della guerra e quello dell'interno, alle necessità improrogabili del servizio sanitario civile ove esso fu disorganizzato dalla chiamata dei medici sotto le armi ».

Dore.

« La Camera, convinta che il mantenimento e la reintegrazione di una sana, vigorosa compagine organica siano condizioni indispensabili di ogni disciplina morale del popolo, passa all'ordine del giorno ».

Bonardi.

« La Camera invita il Governo:

a modificare razionalmente le norme vigenti in materia di idoneità ai servizi militari, rivedibilità, riforma, rassegna, richiami a nuove visite;

a collegare e tradurre in atto le proprie esplicite dichiarazioni ed i voti del Parlamento, concretando larghi provvedimenti curativi, indennitarii e profilattivi nei riguardi della tubercolosi nell'esercito ».

Maffi.

« La Camera invita il Governo a procedere ad una più razionale organizzazione della sanità civile e militare e a trovare nelle assicurazioni sociali contro tutte le malattie i mezzi per rendere più larghi ed efficaci i servizi di assistenza e vigilanza sanitaria ».

Brunelli.

« La Camera invita il Governo ad un riordinamento generale della sanità militare, dando ad essa una vera e propria autonomia con direzione generale propria, togliendola dalla dipendenza dei servizi logistici, armonizzandone l'azione in coordinazione colla direzione generale della sanità civile, riordinandone con criterio di valorizzazione professionale e scientifica il personale, semplificandone l'inceppante burocrazia che soffoca ogni sviluppo tecnico, riformando ed uniformando alle moderne cognizioni di eziologia, di patologia e di medicina legale i troppo antiquati regolamenti ».

Bussi.

Pubblicheremo prossimamente:

G. BRECCIA, *Di alcuni accertamenti di idoneità al servizio di guerra;*

T. MANCIOLI, *Sulle simulazioni e autolesioni riguardanti l'organo dell'udito;*

F. RIVALTA, *La diagnosi delle eruzioni cutanee provocate.*

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6928) *Tassa sulle esenzioni militari.* — Dott. E. P. da V. — Tutti coloro che sono stati esentati dal prestare servizio militare in base al D. R. del 13 aprile 1911, n. 374, fra cui i medici condotti unici, sono tenuti al pagamento della imposta militare a decorrere dal 1° gennaio 1917 in virtù del D. L. 4 febbraio stesso anno, n. 231.

(6929) *Aumento di stipendio del medico condotto* da C. — Il godimento dello stipendio al netto di qualsiasi ritenuta per tasse od imposte, a suo *deliberato di ufficio dalla G. P. A.* — Dott. G. D'A. tempo, legalmente deliberato, approvato ed accettato dalle parti, costituisce un diritto acquisito che non può essere disconosciuto o soppresso dal Comune sol perchè l'autorità tutoria ha creduto equo elevare l'ammontare dello stipendio portandolo da lire 1540 a lire 2000. Qualora il Comune persista nel suo non legittimo divisamento può adire l'autorità giudiziaria chiedendo che lo stipendio sia pagato, come per lo innanzi, al netto di imposte e con l'aumento integrale ordinato dalla autorità tutoria.

(6933) *Pensioni - Servizio interinale.* — Dott. P. L'articolo 2° del D. L. del 12 ottobre 1915 esime dal pagamento della imposta militare coloro che furono esonerati dal servizio in base al R. D. del 13 aprile 1911, n. 374, fra cui i medici condotti. Il detto D. L. è anteriore all'altro del 21 aprile 1916 e, quindi, non poteva dire se coloro che erano dispensati dal servizio militare ai termini di esso, fossero o meno esonerati dal pagare la imposta militare, ma poichè *ubi eadem ratio legis ibi eadem iuris dispositio*, è lecito ritenere che lo esonero dal pagamento della tassa, stabilito in favore degli esentati in base al R. D. del 13 aprile 1911, debba estendersi anche a beneficio di coloro che furono esonerati in base al successivo D. L. del 21 aprile 1916. Oggidì per effetto del D. L. del 4 febbraio ultimo, n. 23, tali esenzioni sono state soppresse, cosicchè dal 1° gennaio 1917 debbono pagare la tassa militare tanto i medici esonerati in base al D. R. del 13 aprile 1911, quanto quelli esonerati in base al D. L. del 21 aprile 1916.

(6933) *Pensioni - Servizio interinale.* — Dott. F. D. T. da V. — Il servizio interinale agli effetti della pensione vale solamente per affrettare il periodo necessario per acquistare il relativo diritto, ma non è poi computato nella liquidazione della somma che, a suo tempo, potrà competerle. Per iscriversi alla Cassa di previdenza occorre far pervenire analoga domanda all'Ufficio sanitario della Provincia.

(6935) *Pagamento di stipendio al medico condotto - Rifiuto dell'esattore.* — Dott. E. G. da L. — Con Decreto luogotenenziale del 4 gennaio 1917, n. 129, fu stabilito che l'obbligo imposto agli esattori delle imposte dirette di pagare lo stipendio del medico condotto ancorchè non abbia fondi in cassa, è subordinato alla condizione che le anticipazioni fatte e quelle che occorrono non superino complessivamente l'importo totale dei provventi comunali riscossi o da riscuotere entro lo stesso anno solare. Epperò la mancanza di fondi in cassa non esonera l'esattore dal pagamento se non si verifica contemporaneamente la prestabilita condizione. Ella richieda che l'esattore apponga sul mandato regolare rifiuto con la indicazione del motivo. Se il motivo è attendibile, può ben citare il Comune in giudizio e procedere contemporaneamente al sequestro delle rendite patrimoniali. Non può lasciare il servizio, se non dopo di avere adempito alle formalità indicate nel capitolato, potendo, in caso diverso, essere chiamata responsabile di eventuali danni.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 8455:

Durante la guerra è sospesa qualsiasi dimissione dal servizio attivo permanente. Potrà dimettersi dopo la guerra.

Al dott. L. L. 206:

Non è possibile che venga concessa l'assegnazione di un medico attualmente in zona di guerra non esonerato od avvicendato a prestar servizio nella propria condotta.

Circa il grado, se i nuovi titoli che può dimostrare glie ne danno il diritto in base alla circolare 734 G. M. 1916, può fare una nuova domanda al Ministero.

All'abb. n. 7778:

La circolare n. 392 si applica anche agli ufficiali di complemento e di milizia territoriale, se si trovano nelle condizioni dell'art. 1 della circolare 752 del G. M. 16. (Trovarsi da oltre quattro mesi in zona di guerra).

Al dott. S. R. da P.:

Gli ufficiali della Croce Rossa avevano assunto obblighi di servizio fino da prima della guerra. Gli ufficiali della sanità militare vennero invece richiamati di autorità, e quindi fu loro concessa l'indennità, di cui trattasi.

Al dott. P. F.:

I medici che sono stati nominati in seguito a domanda ufficiali, qualunque ne sia la classe, non hanno diritto ad indennità.

Al dott. U. R. da B.:

I medici che furono *nominati* in base al decreto 21 aprile 1916 non furono ricollocati in congedo, ma solo lasciati per qualche giorno in libertà.

Essi quindi non possono considerarsi «*richiamati dal congedo*».

All'abb. n. 8456:

Nessuna disposizione permette di *territorilizzare* un medico della classe dell'84, abile ad incondizionato servizio.

Al dott. G. C., Zona di Guerra:

Le norme per la dispensa dal pagamento della retta di degenza degli ufficiali ricoverati, solo però negli stabilimenti sanitari di campagna, sono state pubblicate con la circolare del G. M. 1915, n. 374, paragrafo 33, secondo comma.

Al dott. P. M. da F.:

Essendo suo figlio aspirante ufficiale di fanteria in zona di guerra, non può far domanda, malgrado sia anche studente di medicina, di far passaggio alle compagnie di sanità. Tale facoltà è infatti con-

cessa soltanto ai militari di truppa, studenti di medicina, che si trovano in *zona territoriale*.

Agli abb. nn. 8409 e 6594:

In genere per ottenere la promozione al grado superiore è prescritta l'idoneità *incondizionata*.

Però sta di fatto che, quando si tratta di promozioni da sottotenente a tenente, il Ministero non guarda tanto per il sottile ed effettua lo stesso la promozione, purchè però ne pervenga la relativa proposta inoltrata per via gerarchica dal Comando del Corpo cui l'ufficiale appartiene.

Al dott. D. R. U., Zona di Guerra:

Probabilmente mancherà qualche documento (stati di servizio, ecc.) poichè se tutta la pratica fosse stata inviata regolarmente il collega dovrebbe essere già stato nominato tenente effettivo.

Comunque egli nulla perde con tale ritardo perchè, anche nell'ipotesi di un disguido o di un ritardo nell'invio dei documenti che lo riguardano, appena nominato riprenderebbe il pròprio posto sull'annuario, e quindi la relativa anzianità.

All'abb. n. 8495:

Gli effettivi sono stati promossi fino a tutto il 10 novembre 1915.

La proposta di avanzamento può esser fatta, ma per la promozione dovrà attendere quella degli effettivi di pari anzianità.

Al dott. V. V. da P.:

Trattandosi di promozione da sottotenente a tenente è in facoltà del Comando del Corpo cui appartiene il proporlo. La promozione può aver luogo.

All'abb. n. 4322:

Non è il collega che deve far domanda di promozione, ma il Comando da cui dipende che deve proporlo.

Il Ministero stesso poi giudica nel miglior interesse dell'ufficiale se convenga promuoverlo in base all'art. 1 o 2 della Circolare 752 (a. 1916).

Al dott. T. R., Zona di Guerra:

Ne faccia domanda al Comitato Centrale della Benemerita Associazione.

All'abb. n. 9019:

La nomina ad ufficiale non viene mai concessa con effetto retroattivo.

Al dott. P. L., Zona di Guerra:

L'anzianità è stabilita dalla data del decreto di nomina.

Se è idoneo come militare e come tale ha già prestato servizio, lo sarà presumibilmente anche come ufficiale. Non può essere avvicendato.

All'abb. n. 7304:

Il collega ha pienamente diritto di essere iscritto nel quadro di avanzamento onde poter essere promosso insieme con gli effettivi (art. 1 della Circolare 752, G. M. 1916).

Al dott. V. S., Zona di Guerra:

Il collega non poteva essere promosso al grado di capitano se non era *incondizionatamente* idoneo a tutti i servzi.

Se ora facesse valere la sua inidoneità preesistente alla nomina a capitano, tal nomina potrebbe venirgli annullata.

Al dott. G. C. da T.:

La circolare n. 734 del G. M. 1916 fissa i titoli corrispondenti pei medici ai varii gradi militari.

Se, come è il caso del collega, i titoli posseduti, pur essendo di notevole importanza, non corrispondono a quelli che la circolare prescrive per il grado di capitano, si può sempre chiedere al Ministero che essi vengano esaminati dalla competente Commissione, onde venga determinata la loro equipollenza o meno a quelli prescritti.

All'abb. n. 4798:

Dovrebbe far domanda al Ministero di essere riassunto in servizio militare, allegando una dichiarazione del Prefetto che la sua opera di medico condotto unico non è più necessaria.

All'abb. n. 8972:

Il collega ha i titoli che occorrono per il grado di capitano.

Data la sua classe, non potrà venire mobilitato; ma, una volta nominato capitano, può dalla Direzione di Sanità locale essere spostato da un presidio all'altro del Corpo d'armata, a seconda degli eventuali bisogni.

All'abb. n. 8633:

Le promozioni dei capitani medici effettivi si sono arrestate all'anzianità del settembre 1913. Avendo il collega l'anzianità maggio 1915, dovrà attendere la promozione dei suddetti effettivi della sua anzianità, per venir promosso insieme con loro. Quando avverrà tale promozione degli effettivi?

Non si possono far pronostici sulle promozioni degli effettivi, perchè dipendono dai cambiamenti degli organici che, in tempo di guerra, sono in continua variazione.

All'abb. n. 4376:

Gli ufficiali medici di complemento in fatto di promozioni sono equiparati agli effettivi.

Però la promozione dei tenenti effettivi è avvenuta per ora fino a tutta l'anzianità del dicembre 1915, onde il collega dovrà, con la sua anzianità del luglio 1916, attendere che il limite di anzianità per la promozione venga portato per tutti oltre la data suddetta.

Al dott. G. B. B., Zona di Guerra:

Se il collega appartiene alla 3ª categoria può domandare di essere nominato sottotenente della milizia territoriale.

Però ciò non gli eviterà di venir mobilitato.

Per la promozione non bastano i quattro mesi di servizio al fronte, ma ne occorrono 9 complessivi dei quali 4 al fronte. Sarà promosso tenente dopo che avrà compiuto 5 anni di laurea.

Non esiste diversità di trattamento pei medici condotti richiamati rispetto agli altri ufficiali medici.

Al dott. F. P. da M.:

Può essere richiamato soltanto se dichiarato non più necessario dall'autorità prefettizia.

Se non ha mai prestato alcun servizio militare ritengo che verrebbe nominato tenente, salvo poi a essere promosso dopo un certo tempo al grado di capitano.

M. G.

NOTIZIE DIVERSE

Per la Patria.

Hanno immolato la vita in guerra i dottori:

AULETTA GIUSEPPE, sottotenente medico di complemento, regg. fanteria;

BERGONZOLI CARLO, sottotenente medico complemento, regg. fanteria;

BIANCHI MICHELE, sottotenente medico complemento, ospedale da campo;

CAVATORTI PIETRO, tenente medico complemento, regg. bersaglieri;

DOGLIOTTI ALFREDO, tenente medico, regg. alpini;

SALERNO LUIGI, tenente medico di complemento, regg. fanteria;

SARTORIO PAOLO, tenente medico milizia territoriale, regg. fanteria.

Per la Cassa Nazionale di maternità.

Con Decreto Luogotenenziale 21 giugno 1917, è stato approvato il regolamento per l'esecuzione della legge 17 luglio 1910, n. 520, sulla Cassa di maternità e del decreto-legge Luogotenenziale 17 febbraio 1917, n. 322.

L'art. 47 dispone che i medici condotti e le ostetriche condotte prestino senza onere, nè per la Cassa di maternità nè per le operaie nè per gli industriali, l'opera loro per i certificati da rilasciarsi agli effetti degli articoli 41 e 42 del regolamento (cioè i certificati attestanti la nascita e la maternità, ovvero l'aborto e il giorno in cui questo avvenne e l'età approssimativa dell'embrione).

La Federazione dei Brefotrofii.

I Direttori ed Amministratori dei Brefotrofii di Roma, Napoli e Milano hanno concordemente presa la iniziativa per la costituzione di una Federazione generale dei Brefotrofii italiani e ciò a scopo principalissimo di ottenere che tutti i Brefotrofi abbiano un unico indirizzo nello svolgimento delle loro funzioni e a scopo che vengano attuate tutte quelle riforme tendenti alla più ampia, sicura e civile assistenza alla infanzia in genere.

Già numerosissimi brefotrofii hanno aderito alla costituita Federazione e gli altri certamente aderiranno.

Le adesioni vengono inviate al R. Stabilimento dell'Annunziata-Brefotrofio Provinciale di Napoli.

Il primo convegno della Federazione sarà tenuto a Roma nel settembre prossimo. In tale convegno saranno trattate tutte le gravi quistioni riflettenti i Brefotrofii e l'assistenza infantile in genere e saranno formulate precise e categoriche proposte da affidare all'on. Ministro dell'Interno per una urgente legislazione.

Una lega antivenerea italiana in America.

Ad iniziativa del periodico *La parola del Medico*, si è costituita a New York una lega nazionale antivenerea, che avrà per scopo la diffusione di conoscenze igieniche e sovratutto di mezzi preventivi contro le malattie venereo-luetiche.

Un nuovo gas asfissiante.

Sulla fronte francese i tedeschi userebbero ora un nuovo gas. Essi lanciano sulle città dei piccoli proiettili contenenti un liquido inodore, che evapora lentamente, producendo un gas pesante, che si infiltra nel suolo. Le emanazioni avrebbero una certa analogia con i gas lacrimogeni; provocherebbero fenomeni di intossicazione solo alcune ore dopo l'inalazione, con gonfiore degli occhi, perdita della facoltà visiva, infiammazione delle mucose; sopravviene tosse incessante, febbre e, abbastanza rapidamente, la morte. Ad evitare danni maggiori, Armentières è stata sgombrata dalla popolazione civile.

Nel disastro ferroviario di Arquata periva miseramente il prof. ENRICO RIMINI, ordinario di chimica farmaceutica all'Università di Pavia. Aveva studiato con successo medicina fino al sesto anno, ma non prese nemmeno la laurea, assorbito totalmente dagli studi prediletti di chimica. Lascia numerose memorie scientifiche: ha escogitato diverse reazioni per la ricerca dell'acetone, della formaldeide, ecc., che sono note in tutto il mondo scientifico sotto il suo nome.

Alla famiglia desolata le nostre condoglianze.

F.

Si è spento a Milano il colonnello medico dottore CELESTINO CARRATU', già Direttore di Sanità dell'XI Corpo d'Armata, apprezzato ed attivo ufficiale del Corpo sanitario, valoroso professionista.

R.

Indice alfabetico per materie.

Atti parlamentari . . . . Pag. 1056
Chinina per iniezioni, causa di escare ed ascessi . . . . » 1051
Corpi estranei: ricerca radiologica . . . » 1038
Dermatologia: quesiti . . . . » 1053
Erniosi: attitudine al servizio militare . » 1050
Ferite di guerra: prima medicazione . . » 1048
Gotta: diagnosi e caratteri clinici . . . » 1051
Innesti epidermici sulle ossa . . . . . » 1049
Lavoro: vigilanza igienico-sanitaria . . Pag. 1040
Levatrici: L'emancipazione delle — . . » 1055
Milza: rapporti col fegato e col sangue . » 1052
Mutilazioni in primo tempo . . . . . » 1050
Rumori presistolici: significato . . . . » 1053
Servizi chirurgici di prima linea . . . 1045, 1046
Traumi delle ossa facciali: interventi . » 1049
Tubercolosi e Croce Rossa . . . . . . » 1043
Vitiligo nell'eredo-sifilide . . . . . . » 1034

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 26 agosto 1917* Fasc. 35

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: C. Verdozzi: Osservazioni cliniche sulla infezione sifilitica. — **Conferenze:** V. Calò: Le ferite degli arti da arma da fuoco. — **Medicina sociale:** M. Flamini: Problemi del dopo guerra: Ancora la riforma dei Brefotrofi. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Reale Accademia Medico-Chirurgica di Napoli. — Società medica di Modena.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei tumori del ponte. — TERAPIA: L'azione espettorante del cloruro d'ammonio. — La fase stimolatrice dell'atropina. — Inconvenienti dell'uso dell'adrenalina. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Funzioni periodiche dell'organismo. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: V. Paoletti: Ancora per l'equo trattamento. — Sugli esoneri dei medici dal servizio medico-militare. — Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari.** — **Amministrazione sanitaria:** Protezione igienico-sanitaria degli operai nelle industrie di guerra. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Condotte e concorsi.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

OSSERVAZIONI CLINICHE.

REPARTO MAGGIORANI DELL'OSPED. DI S. GIOVANNI
Diretto dal prof. A. BIGNAMI.

Osservazioni cliniche sulla infezione sifilitica.

Dott. C. VERDOZZI, aiuto.

SOMMARIO: I. Reazione di W. — II. Salvarsan e Neosalvarsan. — III. Casi clinici di speciale interesse: *a*) osteartropatia del ginocchio destro; *b*) gastriti sifilitiche; *c*) splenomegalia sifilitica febbrile.

I. REAZIONE DI W.

La reazione fu da me sempre eseguita con la tecnica classica di Wassermann ed estesa a circa 500 malati presentanti o non i sintomi di una infezione sifilitica in atto o pregressa. Per i dettagli di tecnica rimando il lettore ad altro mio lavoro sullo stesso argomento (1).

Da tale studio è risultato come la R. di W. sia presente nel maggior numero dei casi (sifilide terziaria) e come il suo grado si modifichi quasi sempre in seguito alla cura tanto da poter servire ad essa di guida; tuttavia la reazione non può essere considerata come specifica di tale malattia nè in senso biologico, nè clinico.

È noto come Wassermann, in seguito all'osservazione che il siero di soggetti sifilitici messo a contatto di estratti di fegato eredo-luetico provoca il fenomeno di Bortet e Geugon, ammise la presenza di veri anticorpi in questo siero e di veri antigeni negli estratti. Ma le

(1) Dottori C. VERDOZZI e L. URBANI.

successive ricerche dimostrarono come tale reazione non presenti i caratteri delle reazioni biologiche specifiche. Abbastanza attivi riescono per la reazione estratti acquosi od alcoolici di organi o tessuti normali e patologici ed anche sostanze chimiche ben definite (fegati normali, fegati di atrofia giallo-acuta, estratti di tumore, estratti alcoolici di cuore di cavia, lecitina, sali biliari, oleato sodico, ecc.).

Inoltre sono capaci di determinare una reazione positiva i sieri non inattivati di individui normali, quelli inattivati di alcuni animali (coniglio, pecora) ed i sieri inattivati di individui in condizioni mostruose svariate: malaria, lepra, narcosi cloroformica, framboesia tropicale, febbre ricorrente, pellagra, tripanosomiasi.

Sono queste ragioni sufficienti per farci ammettere che la reazione nella sifilide non sia dovuta alla produzione di anticorpi conseguenti all'assorbimento dei prodotti tossici della *spirochaeta pallida*, ma che questa agisca altrimenti modificando i tessuti e gli umori dell'organismo animale.

In precedenti pubblicazioni ho esposto i risultati di una serie di ricerche eseguite sul comportamento della reazione di W. in malati con affezioni del fegato a decorso cronico (cancro del fegato e cirrosi epatica) ed in cui l'anamnesi, l'esame obbiettivo e (quando possibile) l'autopsia o la biopsia non facevano rilevare alcun dato di una infezione sifilitica. Ne riporto qui le conclusioni e mi riferisco alle storie cliniche già pubblicate nella Sez. Medica (1916) di questo periodico.

« Abbiamo avuto l'opportunità di studiare « ventisei malati con lesioni del fegato a de« corso cronico (cancri primitivi e secondarii, « epatiti croniche, ecc.) in cui l'anamnesi, l'e« same obiettivo e talora l'autopsia o la biop« sia non facevano rilevare alcun dato clinico « od anatomo-patologico conseguente ad una « infezione luetica in atto o pregressa.

« Nove di tali malati (in 4 dei quali la dia« gnosi fu confermata all'autopsia), presenta« vano i sintomi di un tumore del fegato pri« mitivo o secondario; in 8 di questi la reazione « di Wassermann risultò positiva (in 7 dei « quali completa).

« La maggior parte degli altri 17 casi era « rappresentata da malati con lesioni cirroti« che del fegato: in 9 di questi la reazione di « Wassermann, riuscì positiva: in 3 si ebbe la « fissazione del complemento per parte del siero « anche in assenza dell'antigene.

« Complessivamente dunque dei 26 casi da noi studiati solo in 5 la reazione risultò ne« gativa.

« Inoltre ricercammo la reazione di Wasser« man in 27 casi di controllo: malati con affe« zioni epatiche a decorso acuto o con affezioni « di altri organi a decorso acuto e cronico nei « quali, come nei precedenti, mancava qualun« que dato clinico che facesse sospettare una « lue in atto o pregressa. In tutti la reazione di « Wassermann riuscì negativa ».

Risulta evidente da esse come non sussista alcuna relazione, dal punto di vista immunitario, tra la *spirochaeta pallida*, il cloroformio, il bacillo della lepra, gli agenti causali del cancro e della cirrosi del fegato. E poichè quasi sempre nel cancro del fegato si ha una reazione positiva, mentre che nel cancro di altri organi e tessuti la reazione risulta sempre negativa, sorge spontanea l'ipotesi che uno degli anelli del meccanismo di produzione della reazione sia rappresentato dalla disintegrazione più o meno lenta di alcuni tessuti.

Una analoga affermazione fu già emessa dal Levaditi e Jamonouchi in base ad altre considerazioni. Certamente tale proprietà deve anche essere legata alle speciali modalità con cui si verifica la disintegrazione dei tessuti e da questo punto di vista anche all'agente causale. Così si spiegherebbe come la *spirochaeta pallida* sia capace di determinare le modificazioni nel siero necessarie alla produzione della reazione anche esercitando la sua azione su tessuti la cui disintegrazione *in condizioni speciali* avrebbe la capacità di rendere il siero attivo per la reazione di Wassermann?

I. È probabile che innanzi tutto tale fenomeno sia legato alla disintegrazione dei tessuti cutanei: ne farebbe prova la frequenza con cui si osserva la reazione positiva nella sifilide cutanea, nella lepra, nella pellagra, nella framboesia tropicale, ecc.

II. Il frequente reperto di una reazione positiva in malattie in cui si determina una lenta disintegrazione del parenchima epatico (cancro del fegato, cirrosi da me recentemente poste in rilievo) ci fa ritenere che anche le alterazioni del fegato siano capaci di produrre nel siero le modificazioni necessarie per la reazione.

III. Altre malattie in cui già si è osservata la reazione positiva (malaria, tripanosomiasi) e due casi clinici da me studiati di cui trascrivo qui testualmente le storie, tendono a farci porre a fianco del tessuto cutaneo ed epatico, il tessuto sanguigno. In uno di questi casi si trattava di una leucanemia che ha portato l'infer-

ma a morte in brevissimo tempo senza che l'esame clinico, l'autopsia facesse sospettare una infezione luetica.

D... O..., di anni 35, di Piperno, domestica. Entra in ospedale il 17 dicembre 1914. Muore il 12 gennaio 1915.

Diagnosi clinica. — Leucanemia.

Diagnosi anatomica. — Leucanemia.

Reazione di Wassermann eseguita con siero di sangue: positiva completa.

Anamnesi. — Nulla di notevole dal lato ereditario. Mestruò all'età di 15 anni e le successive mestruazioni sono state sempre regolari per quantità, qualità e ritmo fino a circa due mesi fa, epoca in cui cominciò a notare una diminuzione e il colorito di essa più sbiadito. A 16 anni si maritò ad un uomo apparentemente sano che vive tutt'ora: la sua unione ha avuto 7 gravidanze di cui 6 condotte a termine ed una finita con aborto al 3° mese (la 2ª). La prima gravidanza terminò con parto prematuro ed il figlio morì dopo 9 mesi. L'ultimo figlio morì all'età di 17 mesi per malattia imprecisabile. Gli altri quattro figli sono tutt'ora viventi e sani. Nega lues e mali venerei.

Da circa due mesi soffre ad intervalli di tempo di elevazioni febbrili che insorgono con brivido e rimettono con sudore. Accusa inoltre cefalea intensa, continua, dolori agli arti superiori ed inferiori, senso di ripienezza dopo i pasti ed affanno ad ogni minimo sforzo. Contemporaneamente ha notato un impallidimento della cute e delle mucose visibili che è andato sempre più accentuandosi.

Esame obiettivo. — Scheletro regolare. Colorito della cute e delle mucose visibili molto pallido. Polso 112, ritmico a pressione piuttosto bassa.

Torace. — Nulla di notevole.

Cuore. — Nei limiti normali. All'ascoltazione: I tono forte seguito da un rumore che si ascolta sulla punta e che presenta il massimo di intensità sul focolaio della polmonare.

Addome. — Indolente.

Milza. — Si palpa a circa 2 dita al disotto dell'arcata costale: presenta il margine arrotondato.

Fegato. — Un po' aumentato di volume.

Sistema linfoghiandolare. — Normale.

Esame delle urine. — Nulla di notevole.

Cutireazione alla tbc. — Negativa.

Durante la degenza dell'inferma in ospedale dal 17 dicembre 1914 al 12 gennaio 1915, le elevazioni febbrili sono state a tipo intermittente, irregolari, in genere non oltrepassanti i 38°. Negli ultimi 3 o 4 giorni la febbre acquistò il tipo continuo remittente, raggiungendo come massimo i 39°. I primi giorni della degenza le fu somministrato chinino senza alcun effetto, negli ultimi dei cardiotonici.

2 gennaio 1915. — Il pallore che presentava l'inferma all'ingresso in ospedale è aumentato: le mucose visibili sono molto pallide e un po' cianotiche; continua ad accusare cefalea, vertigini e tosse stizzosa. L'esame obiettivo del torace è negativo. Al collo la palpazione della vena giugulare destra fa percepire un rumore di trottola evidente. Il *cuore* è nei limiti normali. All'ascoltazione persiste il rumore rude in primo tempo con il massimo d'intensità sul focolaio della polmonare. La *milza* si palpa a 3 dita dall'arcata, aumentata di volume, a margini arrotondati. L'*addome* è prominente flaccido, senza liquido libero.

3 gennaio 1915. *Esame del sangue.* — Globuli rossi 1.091.600; globuli bianchi 27.400; emoglobina. Valore globulare.

Esame microscopico. — Auto agglutinazione spontanea delle emazie. In ciascun campo microscopico si vedono ammassi di emazie agglutinate e numerosi leucociti liberi completamente isolati, quasi tutti mononucleati.

4 gennaio 1915. — L'inferma è caduta per due volte in deliquio con perdita di coscienza seguito da nausea e da conati di vomito, stato di agitazione e da emissione di bava dalla bocca. Non convulsioni, polso molle, ritmico, 92.

8 gennaio 1915. — L'inferma ha presentato delle convulsioni durate circa 5 m.' e accompagnate da perdita di coscienza.

Esame del sangue. — Globuli bianchi 38.000; globuli rossi 601.000; emoglobina 15 valore globulare.

Esame dicroscopico. — 9 gennaio 1915. — Le condizioni dell'inferma sono sempre più aggravate. Polso 100 ritmico; molle; respiro 20.

12 gennaio 1915. — Morte con sintomi di debolezza cardiaca.

AUTOPSIA. — Cadavere di colorito cereo, con pannicolo adiposo molto sviluppato. Colorito dei muscoli normale. Grasso sottocutaneo molto sviluppato.

Cervello anemico intensamente, senza altra alterazione degna di nota.

Polmoni intensamente anemici.

Cuore flaccido con evidente reticolo giallastro dei muscoli papillari specialmente quelli del ventricolo sinistro e delle pareti (cuore tigrato).

Addome senza liquido libero; anse intestinali pallide.

Fegato kg. 2.300 a superficie liscia. La superficie di taglio è variegata con reticolato roseo e colorito del fondo leggermente ocraceo. Consistenza molle.

Milza gr. 400 di cm. 20 di lunghezza e di 11 cm. di larghezza; di aspetto uniforme piuttosto pallido con follicoli non visibili macroscopicamente di consistenza piuttosto molle.

Rene piuttosto duro di volume normale. Capsula facilmente distaccabile senza decorticazione: il destro è rosso scuro, il sinistro è pallido con la sostanza corticale non facilmente distinguibile dalla midollare.

Midollo delle ossa lunghe grigio rossiccio nelle diafisi, più rosso in vicinanza della epifisi prossimali.

Assenza di ghiandole ingrossate al collo, al mediastino, ai mesenterî.

Nell'altro si trattava di un cancro delle ghiandole sotto-mascellari con metastasi nella colonna vertebrale:

S... C..., di anni 60, donna di casa, maritata, entra in ospedale il 4 maggio 1914 ed esce per morte il 19 luglio 1914.

Diagnosi clinica. — Paraplegia flaccida.
Reazione di Wassermann positiva (+ +).
Cutireazione positiva.

Anamnesi. — Nulla di notevole dal lato ereditario. Mestruata a 13 anni le mestruazioni successive sono state sempre regolari. Menopausa a 46 anni. Nega malattie veneree e lues. All'età di 20 anni si unì con uomo ritenuto sano. Non ha avuto alcuna gravidanza. A 30 anni ebbe un'affezione uterina che durò circa 20 giorni. A 40 anni ebbe una polmonite destra. Circa quattro anni fa cominciò a notare dolori ad ambedue gli arti inferiori.

I dolori in genere si manifestavano al passaggio dalla stazione seduta a quella eretta e scomparivano col cammino. Detti dolori durarono circa due anni e poi si attenuarono notevolmente. Sei mesi fa cominciò di nuovo ad avvertire dei dolori alle regioni lombari ed alla glutea destra; questi erano a carattere trafittivo e si estendevano alla regione posteriore della coscia e lungo il decorso dello sciatico. Da tale epoca l'inferma non è più riuscita ad alzarsi di letto, essendo diminuita molto la forza muscolare dell'arto inferiore destro; un mese fa cominciarono a presentarsi parestesie anche all'arto inferiore sinistro e contemporaneamente notò una forte debolezza nei movimenti anche in questo arto, mentre il piede acquistava una posizione varo-equina. Nulla di notevole a carico degli arti superiori.

Minzione e defecazione normale.

Esame obbiettivo (18 maggio 1914). — Cifosi dorsale. Masse muscolari e pannicolo adiposo discretamente sviluppati. Presenza di una tumefazione di modico volume a carico della regione sottomascellare destra, a superficie irregolare, molto dura, indolente. La cute ad essa soprastante è spostabile e di aspetto normale. Polso 120 ritmico.

Torace. — Nulla di notevole.
Cuore. — Nulla di notevole.
Addome. — Nulla di notevole.

Sistema nervoso. — Esame dei nervi cranici negativo.

Arti superiori. — Motilità, sensibilità, riflessi normali.

Arti inferiori. — Masse muscolari ben conservate, ma flaccide. Evidente ipotonia. Assenza di anormali differenze di volume. Posizione varo-equina di ambedue i piedi.

Motilità. — A sinistra è possibile un incompleto ma attivo movimento di flessione della coscia sul bacino, flessione che è possibile anche a destra, ma in modo meno completo. L'inferma non può sollevare affatto la gamba destra dal letto; riesce a sollevare per pochi centimetri la gamba sinistra. Le è reso impossibile qualsiasi movimento dei piedi.

Riflessi. — Mancano i riflessi rotulei ed i plantari. Assenza del sintoma di Babinski e di Oppenheim.

Sensibilità tattile: ovunque conservata. Intensa ipoalgesia in corrispondenza della cute di ambedue le gambe e dei piedi. Tale ipoalgesia è più intensa anteriormente che posteriormente.

La regione dorsale dei piedi si presenta analgesica, la plantare invece conserva abbastanza la sensibilità dolorifica.

La sensibilità termica si presenta fortemente alterata nella cute delle gambe e dei piedi e tali modificazioni coincidono all'incirca con quelle della sensibilità dolorifica.

La pressione lungo i nervi degli arti inferiori non provoca dolore.

Le condizioni dell'inferma durante la degenza si vanno aggravando; insorgono alterazioni a carico della vescica e del retto.

Le alterazioni nervose a carico degli arti inferiori si estendono verso l'alto. L'inferma muore il giorno 19 luglio 1914.

AUTOPSIA. — Tumore della glandola sottomascellare destra: tumori metastatici multipli del polmone. Tumori nel corpo dell'ultima vertebra dorsale e 1ª lombare con rammollimento. Tumore estradurale in continuità con la massa neoplasica dei corpi vertebrali lievemente aderenti alla superficie esterna della dura madre in corrispondenza del rigonfiamento lombare e del midollo sacrale. Compressione dei detti segmenti del midollo con lieve deformazione di questi, senza rammollimento. Piccola cavità in corrispondenza della parte esterna del corno anteriore del cordone laterale a livello di alcuni segmenti del rigonfiamento cervicale.

DIAGNOSI ANATOMICA.

Altri autori hanno posto in rilievo che nelle lesioni sifilitiche delle ossa compatte la reazione di Wassermann si presenta di rado positiva; perciò tendo a riferire la reazione positiva di quest'ultimo caso alla lenta disintegrazione degli elementi contenuti nella porzione spugnosa delle vertebre (tessuto emopoietico). Tuttavia non devesi dimenticare che nello stesso caso si è verificata una lenta distruzione del midollo spinale e che già Levaditi riferì la proprietà del liquido cefalo-rachidiano dei dementi paralitici e dei tabetici (di dare una reazione positiva più intensa di quella ottenuta con il siero) alle alterazioni istologiche del sistema nervoso verificantesi in tali malati.

II. SALVARSAN E NEOSALVARSAN.

Ho largamente applicato l'uso del Salvarsan e Neosalvarsan in malati con localizzazioni sifilitiche varie ottenendo sempre un risultato terapeutico, talora veramente meraviglioso. Il Salvarsan veniva iniettato nelle vene con il metodo della infusione (sciolto in 250-300 cmc. di soluzione alcalina); il Neosalvarsan secondo il metodo di Ravaut (sciolto in 10 cmc. di soluzione fiiologica). Dall'uso del Salvarsan ho avuto talora inconvenienti non trascurabili già menzionati da altri autori; notevoli elevazioni di temperatura, brividi intensi, diarrea e vomito. Tali disturbi si sono sempre dileguati entro due o tre giorni; mai si è verificato esito letale. Il vantaggio ottenuto è stato sempre tale, da porre in seconda linea questi inconvenienti.

L'uso del Neosalvarsan ha ridotto notevolmente la intensità di tali disturbi, ma con una contemporanea diminuzione della efficacia e prontezza terapeutica del rimedio. Nella tabella qui unita sono riportati i principali dati riguardanti i malati così curati.

Come si vede, si tratta di casi di sifilide cutanea (secondaria e terziaria), sifilide dell'apparecchio cardio-vascolare, dello stomaco, del fegato, della milza, delle ossa, delle articolazioni, neuvriti, iriti, cefalee luetiche, ecc. In tutti il vantaggio è stato rapido e decisivo. Ho eseguito in genere n. 3 iniezioni di Salvarsan (0,40-0,50-0,60) e n. 4 di Neosalvarsan (0,60-0,70-0,90-0,90) a distanza di 10 giorni l'una dall'altra. Nei casi in cui tale cura si è dimostrata inefficace lo studio successivo dei malati ha escluso che la malattia in discussione fosse di natura sifilitica. È certo che una prima serie di iniezioni non è sufficiente a sterilizzare l'organismo; quando è stato possibile abbiamo ripetuto con la guida della reazione di Wasserman a distanza di qualche mese altre serie di iniezioni. Abbiamo combinato tale cura con quella mercuriale e iodica: in ogni modo nei casi in cui queste ultime cure si sono dimostrate insufficienti o assolutamente inefficaci, il Salvarsan (Neosalvarsan) si è dimostrato di un'azione pronta e decisiva.

Trascrivo qui dettagliatamente alcuni casi così curati che hanno presentato un decorso clinico non frequente:

1) Nel primo caso si tratta di una malata di osteo-artrite del ginocchio destro; tale lesione prima dell ingresso della paziente in questo reparto non era stata considerata di natura sifilitica. Mentre una cura mercuriale intensa era riuscita inefficace, poche iniezioni di Salvarsan resero di nuovo possibile all'inferma la deambulazione facendo scomparire quasi tutti i disturbi.

A... M..., giornalaia, di anni 42, entra in Ospedale il 27 marzo 1913.

Diagnosi clinica. — Osteo artrite luetica del ginocchio destro.

Reazione di Wassermann positiva completa (+ + +).

Cutireazione leggermente positiva (tubercolina M. Lucius).

La madre dell'inferma è morta per tubercolosi polmonare, il padre è vivente e malato di lue in seguito alla quale è stato sofferente di una grave oftalmia che ha diminuito notevolmente il potere visivo di un occhio. L'inferma ha fratelli e sorelle che godono buona salute e che non presentano nessun difetto di sviluppo del sistema scheletrico.

L'inferma sin dall'età di 8 anni cominciò a camminare zoppicando senza che essa potesse rendersene ragione. Nonostante tale difetto fisico si è sempre mantenuta agile nei movimenti, si da poter correre ed esercitare con facilità le mansioni del proprio mestiere. Nell'anno 1905 ha partorito; il figlio era apparentemente sano; non sa dire se vive tutt'ora. Non ha avuto nessun aborto. È stata ricoverata parecchie volte per anemia in questo ospedale.

Non ricorda di avere mai avuto eruzioni cutanee. Nel luglio 1912 cominciò a soffrire intensi dolori ossei diffusi a tutto lo scheletro e cefalea prevalentemente notturna. Per circa due mesi fu curata con preparati salicilici senza ottenere alcun vantaggio. Invece ottenne notevole beneficio dall'uso successivo di K I; dapprima scomparvero i dolori agli arti superiori, quindi alle spalle e all'arto inferiore sinistro; i dolori all'arto inferiore destro diminuirono ma non cessarono. Persistendo ancora i dolori all'arto inferiore destro, nel gennaio 1913 insorse improvvisamente una malattia oculare che guarì in seguito ad una serie di iniezioni di calomelano.

I dolori all'arto inferiore destro a poco a poco scomparvero; ma rimase uno stato di notevole debolezza agli arti inferiori specie al destro. Le forze successivamente tornarono all'arto sinistro in seguito a massaggio e ad esercizio muscolare; il destro invece rimase sempre debole e l'articolazione del ginocchio si piegava facilmente sotto il peso del corpo. Successivamente notò in tale articolazione un aumento di volume e contemporaneamente notò l'inferma nella regione esterna di esso l'insorgenza di una tumefazione durissima che faceva parte dell'osso sottostante.

Esame obbiettivo. — L'inferma è molto piccola di statura con evidenti e diffuse deformità dello scheletro di origine rachitica. È pallida, con masse muscolari e pannicolo adiposo scarsamente sviluppato. Non presenta nulla di notevole all'esame della faringe, dell'andito polmonare, dell'apparecchio cardio-vascolare.

Organi addominali nei limiti normali.

Molto importanti sono le alterazioni presenti a carico del ginocchio destro: questo è notevolmente deformato con notevole ingrossamento dei capi articolari; presenza di scarsa quantità di liquido nella cavità sinoviale; è uniformemente dolente alla pressione; dolorosi sono i movimenti passivi; quasi impossibili gli attivi.

Esame delle orine. — Assenza di albumina e di zucchero.

Sistema linfoghiandole. — Micropoliadenia diffusa.

Sistema nervoso. — Nulla di notevole.

Durante la degenza in questo ospedale l'inferma ha febbricitato sempre (37½-38½). Le viene praticata una cura di iniezioni intravenose di Neosalvarsan (gr. 0,30-0,50-0,50-0,60-0,40) a distanza di 10 giorni l'una dall'altra e successivamente una cura di K I (gr. 2 *pro die*).

L'inferma sin dall'inizio della cura dimostra un notevole miglioramento a carico del ginocchio destro che lentamente si riduce di volume; diminuiscono e poi cessano i dolori; l'inferma riacquista la forza muscolare e quando esce dall'ospedale può di nuovo camminare speditamente e tornare al suo lavoro.

2) Alcuni autori ammettono che gravi lesioni dell'apparecchio cardio-vascolare rappresentino una controindicazione all'uso del Salvarsan e del Neosalvarsan.

Riporto qui alcune storie cliniche da cui risulta come anche in questi casi si possa trarre da tale rimedio un notevole beneficio.

Diagnosi clinica. — Aortite sifilitica; aneurisma dell'arco dell'aorta; afonia.

Reazione di Wassermann positiva completa (+ + +).

Cutireazione positiva.

B... A..., di anni 47, donna di casa.

Anamnesi. — Nulla di importante dal lato ereditario. Nove anni fa ebbe una malattia oculare; recentemente ha sofferto di influenza. Da circa 7 mesi soffre di una tosse stizzosa, non accompagnata da espettorazione; non ha avuto mai febbre. Pochi giorni fa fu colta da un intenso accesso di dispnea dopo il quale notò afonia. Nega malattie veneree. Non ha mai abortito nè partorito. Non ha cefalea.

Esame obbiettivo. — Discreto grado di denutrizione generale. Atrofia dell'occhio sinistro. Blefarocongiuntivite cronica. Respiro 16. Polso 90 ritmico, a pressione discretamente elevata. Il confronto dei due polsi radiali accerta un ritardo del polso sinistro sul destro. Frequenti accessi di tosse a carattere *clangoreux* ( ). Voce afona talora in falsetto. Durante gli accessi l'inferma intensamente cianotica, nei periodi intermedi acquista un aspetto normale.

Torace. — Apici alla stessa altezza e di larghezza normale. Suono ridotto timpanico in corrispondenza dello spazio infrascapolare destro per una superficie di forma ovale con il massimo di intensità corrispondente al centro di essa. Su tale zona il fremito vocale tattile è evidentemente rinforzato e si ascolta leggero soffio bronchiale. Sul resto del torace si ascoltano dei rouchi. Nella regione anteriore del torace si osserva alla percussione una riduzione di suono a sinistra dello sterno all'altezza del 2° e 3° spazio intercostale; in corrispondenza del manubrio dello sterno si palpa un leggero impulso sincrono con le rivoluzioni cardiache.

Leggera pulsazione al giugolo. Presenza del sintoma di Oliver-Cardarelli.

Cuore. — Punta al 5° spazio circa sull'emiclaveare: 1° tono impuro alla punta; 2° tono rinforzato sul focolaio aortico.

Addome. — Non meteorico, non dolente, senza liquido libero; fegato e milza nei limiti normali.

Sistema linfoghiandolare. — Presenza di piccole ghiandole nelle regioni inguinali.

Sistema nervoso. — Riflesso pupillare alla luce assente (probabilmente a causa di sinechie nell'iride).

Riflessi rotulei vivaci.

Radioscopia. — In corrispondenza dell'arco dell'aorta si osserva una tumefazione leggermente pulsante della grandezza di un mandarino.

Esame laringoscopico: palato molle mobile; corde vocali arrossate poco mobili; paresi della corda vocale sinistra.

Durante la degenza in ospedale all'inferma si pratica una cura intravenosa di Salvarsan (cgr. 50-30) in seguito alla quale migliorano notevolmente i sintomi funzionali: scompaiono gli accessi di affanno, di rado ha qualche colpo di tosse; persiste però l'afonia. Si consiglia successivamente all'inferma una cura di ioduro.

3) È noto come la sifilide terziaria si manifesti in alcuni casi con la febbre intermittente che ricorda la febbre suppurativa senza che alcun altro sintoma o lesione obiettiva caratterizzi la natura della malattia.

Riporto qui un caso di tal genere studiato in questo reparto in cui il Neosalvarsan troncò di colpo la cura febbrile.

C... A..., di anni 31, donna di casa, nubile. Entra in ospedale il 7 giugno 1913; esce il 6 luglio 1913.

Diagnosi clinica. — Febbre sifilitica (periodo terziario).

Reazione di Wassermann positiva completa (+ + +).

Cutireazione al 2 % positiva.

Anamnesi. — Il padre è morto per tubercolosi polmonare; la madre per cardiopatia; tre fratelli di malattie imprecisabili.

Due fratelli sono viventi e sani. Non ha sofferto gli esantemi dell'infanzia nè altra malattia degna di nota. Mestruò a 13 anni e le successive mestruazioni sono state sempre regolari. A 24 anni si è unita con uomo apparentemente sano: ha avuto due gravidanze normali; un figlio è morto di morbillo, l'altro è vivente e sano. Nell'anno 1909 subì a S. Giacomo una tonsillectomia destra; nel 1912 fu ricoverata in questo ospedale per dolori ossei e cefalea di cui soffriva da quasi 5 mesi; detti dolori scomparvero in seguito ad una cura di iniezioni di calomelano.

Ai primi di gennaio del 1913, dimorando a Bari fu colta da elevazioni febbrili (38° e più) che si presentavano quotidianamente la sera (verso le 4 pom.) iniziandosi con brivido e accompagnate da cefalea, inappetenza, senso generale di debolezza, e vomito; cessavano senza sudore. Dopo una quindicina di giorni da Bari andò a Taranto, e poichè tali disturbi continuavano, fu obbligata a chiedere ricovero all'ospedale di questa città; dopo due mesi di cura persistendo la febbre, lo stato generale si andò sempre più aggravando.

Da quattro mesi accusa una espettorazione mattutina senza tosse; non ha mai notato sangue nell'espettorato.

Per consiglio di medici si è mantenuta in questo periodo a dieta lattea.

Le *minzioni* si mantengono normali.

Alvo stiptico.

Esame obbiettivo. — Scheletro regolare. Masse muscolari e pannicolo adiposo scarsamente sviluppati. Colorito pallido. Mucose anemiche. Lingua patinosa.

Polso 83 ritmico, temp. 37. Non dispnea.

Torace. — Leggermente appiattito. Apici alla stessa altezza e di uguale larghezza (cm. 4½). Non evidenti riduzioni di suono. Margini inferiori ben espansibili. Nulla di notevole alla ascoltazione.

Cuore. — Punta al 5° spazio intercostale sull'emiclaveare. Non ingrandimento dell'aia verso destra. Nulla di notevole all'ascoltazione.

Addome. — Globoso, tumido. Assenza di liquido.

Milza. — Si palpa tre dita dall'arcata costale con margine arrotondato, aumentata di consistenza. In alto alla percussione è al 7° spazio sull'ascellare media.

Fegato. — Si palpa a circa due dita dall'arcata costale; aumentato di consistenza. In alto al 7° spazio sull'ascellare media.

Sistema linfoghiandolare. — Micropoliadenia.

Sistema nervoso. — Nulla di notevole.

Esame delle urine. — Albumina e zucchero assenti.

L'inferma durante la degenza in ospedale presentava elevazioni febbrili di discreta intensità (v. graf.) iniziantisi con brivido e terminanti senza sudore. Presentava spesso cefalea insorgente nel pomeriggio, non a carattere notturno che cessava con somministrazione di piccole dosi di piramidone.

Siero-reazione per il tifo, paratifi *a* e *b*: negativa.

Esame del sangue per la malaria negativo.

Si pratica una cura di iniezioni intravenose di Salvarsan (cgr. 45-60). Dopo circa mezz'ora dalla 1ª iniezione l'inferma è colta da un forte brivido seguito da elevazione febbrile (39°,6), diarrea, cefalea. Tali disturbi sono durati circa 24 ore: successivamente la febbre non è più ricomparsa (all'infuori del giorno della 2ª iniezione in seguito alla quale si presentarono gli stessi disturbi che nell'iniezione precedente). Tutti gli altri sintomi (inappetenza, debolezza generale, cefalea), scomparvero rapidamente e l'inferma ha riacquistato in breve una salute normale. *(Continua).*

CONFERENZE.

Le ferite degli arti da arma da fuoco (1)

pel dott. VITTORIO CALÒ, Capitano medico.
207° Reparto someggiato.

Le ferite d'arma da fuoco degli arti rappresentano nella pratica chirurgica di guerra il campo più vasto di azione pei sanitari della prima linea: le discussioni sul trattamento di esse ferite sono state e seguitano ad essere assai più animate ed appassionanti di quelle che riguardano le ferite cavitarie che costituiscono purtroppo il «*noli me tangere*» dei posti di medicazione e delle Sezioni di sanità.

Mentre per queste ultime infatti il problema si riduce alla possibilità o meno di far giungere il più vicino possibile al campo di battaglia l'Unità sanitaria specializzata che sola può offrire, col personale e coi mezzi di cui può esser dotata, garanzia sufficiente pel loro razionale trattamento; per le ferite degli arti invece giustamente si esige che il personale medico sia all'altezza del suo compito e faccia del suo meglio, perchè dette ferite, convenientemente trattate, offrano la maggior probabilità di benigno decorso e di fortunato esito anatomico e funzionale.

Questa esigenza, oltrechè imposta da concetti altamente umanitari, è pure il risultato di considerazioni di indole sociale ed economica della più alta importanza; sono principalmente infatti le ferite degli arti che colle loro complicanze e coi loro postumi rendono il soldato inabile a proficuo lavoro dopo il suo ritorno in famiglia; la società quindi e per essa lo Stato giustamente si preoccupano delle conseguenze che le numerose mutilazioni (siano esse anatomiche o funzionali) potranno avere sull'economia nazionale dopo la fine della guerra e pensano giustamente al peso immane che esse costituiranno per la necessaria tutela pei pubblici bilanci.

Il sacrificio di un arto sarà sempre accettato solo come una ineluttabile, ma ben dolorosa necessità e non ci potrà procurare dei grandi allori, nemmeno se tecnicamente bene eseguito; abbiamo salvato una vita; ma abbiamo colpito la società: questa non ci sarà veramente grata se non quando avremo reso evitabile quell'atto demolitivo: quando le avremo restituito un essere valido e capace di provvedere a sè stesso.

È quel che ci si chiede a gran voce da ogni parte!

Diremo in seguito quanto questo fine sia dif-

(1) Da una conferenza divisionale.

ficile a conseguirsi e vedremo come mal si possa pretendere da noi più di quello che umanamente è possibile; ma intanto noi sentiamo tutto il peso di questa responsabilità: la scienza ricerca affannosamente ogni giorno i mezzi migliori per rimediare agli strazi della guerra e noi andiamo assistendo ad una ansiosa revisione di tutti i valori scientifici, di tutte le ipotesi, di tutte le acquisizioni che parevano incrollabili, che parevano tante pietre miliari di un progresso senza fine e sulle quali si basava fino a ieri una costruzione scientifica veramente mirabile.

I risultati di questa guerra terribile tutto hanno sconvolto; si è dovuto confessarsi impreparati alle imprevedute ed imperiose esigenze e ci si affanna ora da ogni parte a fare severo e rigoroso processo a metodi e sistemi; ad esperire nuove vie, a riaprirne delle vecchie che parevano ormai tramontate e si tenta, con uno sforzo gigantesco non meno grandioso di quel che si compie nel campo delle armi, di raccorre i rottami e di ricostruire su nuove basi scientifiche, pur mentre infuria la lotta e mentre urge la faticosa opera quotidiana, l'edifizio travolto.

Io personalmente credo però si tratti non già di vero e proprio fallimento delle vedute chirurgiche imperanti prima della guerra; credo invece che quelle vedute non fossero nè sufficienti, nè adattabili agli eccezionali aspetti e bisogni della guerra attuale.

In tutti i campi l'eccezionalità delle trasformazioni create nell'ambiente dalla grande guerra attuale ha imposto un regime d'eccezione che non deve già significare rinuncia ai tanti veri acquisti dalla scienza in questi ultimi decenni; ma solo ragionevole adattamento alle anormalissime circostanze del momento presente.

La ragione del disagio e del lavorio che si sta compiendo per sanarlo sta appunto in questo fatto: che la chirurgia di guerra, di questa guerra specialmente, non può avvalersi dei concetti e dei metodi che regnavano sovrani nelle scuole chirurgiche di pace: nell'ambiente della nuova guerra troppi fattori sono mutati, troppi ne son sorti di nuovi, perchè i termini dei sussidi chirurgici possano rimanere immutati.

Ebbene tutto questo lavorio si svolge appunto quasi esclusivamente in confronto delle ferite degli arti: si vogliono salvare degli arti: questa è l'assillante preoccupazione di tutti.

Tre fattori principalmente richiamano in modo particolare la nostra attenzione e ci sembrano capitali nel determinare l'insufficienza della tecnica scolastica e l'adozione di nuovi metodi più efficacemente attivi in riguardo delle ferite d'arma da fuoco degli arti.

1. Prima di tutto il soggetto ferito: un soldato che vive per giorni e giorni nelle trincee estenuandosi in una tensione nervosa senza fine, costretto spesso ad ogni sorta di privazioni, immerso nel fango in una posizione coatta, esposto ai tiri sconvolgenti delle grosse artiglierie, costretto a trascinarsi carponi se ferito, pei camminamenti fangosi fino ai posti di medicazione, qual resistenza potrebbe opporre all'infezione che gli è sopra inesorabile?

Ecco dunque un forte sussidio mancare al chirurgo, il sussidio delle forze di difesa e riparatrici proprie dell'organismo; e noi vediamo appunto la massima attività degli studiosi rivolta alla ricerca dei mezzi e dei metodi che valgano a sostenere e a sostituire, ove occorra, le forze di difesa menomate dell'organismo.

2. Particolarità della ferita dovuta alle speciali qualità vulneranti delle moderne armi da fuoco specialmente in riguardo dei proiettili di artiglieria e delle bombe (arma terribile quanta altra mai).

3. Condizioni eccezionalmente disagiate in cui si trova il chirurgo che deve eseguire la prima medicazione.

Basta avere accennato a questi tre fattori per comprendere come tutta la terapia basata sull'asepsi non abbia potuto reggere a tanta prova.

Siamo entrati in guerra con dei concetti semplicisti: colla medicazione asettica; col tocca-sana delle tintura di jodio; con l'orrore dei bisturi e degli antisettici.

Vedremo presto insorgere la reazione.

***

Numericamente le ferite degli arti rappresentano la più alta percentuale fra le ferite di guerra. Prima della guerra attuale si calcolava che su 100 feriti 20 fossero colpiti al capo e al collo; 25 al torace e all'addome e gli altri 55 agli arti (24 all'arto superiore, 31 all'arto inferiore). Non possiedo elementi per poter dire che in questa guerra la proporzionalità delle ferite degli arti in rapporto alle altre sia rimasta la stessa come nelle guerre precedenti: le statistiche parziali venute fuori da qualche stabilimento sanitario di campagna parrebbero segnare un aumento in detta proporzionalità che si avvicinerebbe al 60%; ma, ripeto, si tratta di dati parziali che non possono essere presi in senso assoluto. Comunque la percentuale delle ferite degli arti rimane sempre altissima e superiore certo alla metà del totale delle ferite.

Il numero delle ferite degli arti inferiori supera di solito quello degli arti superiori.

Quanto all'arma feritrice, e qui parlo delle ferite in genere, varie sono le proporzioni a seconda delle condizioni del combattimento, a seconda specialmente se il riparto è in attacco o in difesa; certo si è che, per quanto manchino finora dati statistici degni di esame e di comparazione, sembra che in questa guerra le ferite d'artiglieria siano molto più numerose che quelle per fucile o per mitragliatrice.

La statistica antecedente alla guerra offriva i seguenti dati: su 100 feriti, 80 erano colpiti da proiettile di fucile o di mitragliatrice, 20 da proiettili d'artiglieria.

Ora sembra a me per l'esperienza acquisita in 16 mesi di guerra, e per quanto so di quel che avviene altrove, che la proporzione debba considerarsi pressochè invertita, tanto è il predominio assunto dalle ferite d'artiglieria in confronto di quelle di fucile.

Per citare delle cifre esatte dirò che in quattro mesi nel mio riparto su 273 ferite ben 234 furono prodotte da proiettili d'artiglieria e solo 23 da fucile e 4 da bomba a mano.

Si tratta qui è vero di un fronte eminentemente e puramente difensivo; ma io ricordo che anche durante le azioni offensive del secondo semestre dell'anno passato ebbi a notare egualmente la grande prevalenza delle ferite d'artiglieria su quelle da fucile: ciò del resto si spiega facilmente quando si pensi allo sviluppo veramente fantastico assunto in questa guerra dall'artiglieria di ogni calibro e all'uso smisurato che si va facendo di essa.

Ora è indubbio che le ferite d'artiglieria sono il più spesso di gravità maggiore che quelle di fucile, perciò due fatti appaiono come caratteristicamente propri della guerra attuale: il maggior numero e la maggiore gravità delle ferite; se si aggiunge ad essi il fattore sopra esposto della minorata resistenza dell'organismo, avremo già quanto basta per affermare che la difficoltà dell'opera nostra è senza precedenti e che ben duro è il nostro compito se vogliamo veramente salvare delle vite e degli arti.

*
* *

Le ferite degli arti dovute alle moderne armi da fuoco non hanno come sostanziale differenza con quelle delle guerre precedenti che una maggior gravità: quelle da fucile non partecipano di questa maggiore gravità, se non in quanto essa è dovuto all'uso specialmente da parte austro-tedesca di proiettili esplodenti, la cui presenza è stata ormai assodata, o imperfettamente incamiciati così da produrre gli effetti dei dum-dum, o infine, applicati a rovescio sulla cartuccia, secondo la ipotesi messa innanzi da Tuffin e da altri e ultimamente dal nostro professore Alessandri.

Gli effetti di questi tre artifici sono similari in quanto essi tendono a trasformare la semplice ferita a canale propria dell'antico proiettile, cosidetto umanitario, in una ferita più vasta, imbutiforme, con larga lacerazione e distruzione delle parti molli, con più facile interessamento di vasi o nervi importanti; lo scopo è evidente: si cerca così di ottenere che il ferito sia messo fuori di combattimento per un più lungo periodo di tempo e magari per sempre, anche nella eventualità che lo scheletro sia stato fortunatamente risparmiato.

Per le ferite da proiettili d'artiglieria la maggior gravità è invece dovuta principalmente all'uso di esplosivi ad altissimo potenziale associato, nelle granate, all'uso di involucri di metallo rigido (acciaio) nei quali si sono via via andate abbandonando le linee di frattura prestabilite: la combinazione di questi elementi nuovi nella struttura del proiettile produce come effetto un considerevole aumento del numero delle scheggie e della loro forza di propulsione; cosicchè vien raggiunto un più vasto raggio d'azione e una maggiore potenza vulnerante.

Se a questi elementi si aggiunga inoltre l'aumento incessante del numero dei calibri e della portata delle moderne artiglierie, non ci sarà difficile renderci conto della terribile efficacia di tali strumenti di martirio e di morte.

Quanto agli shrapnel poco è mutata la loro caratteristica se ne togli anche per essi la maggior ampiezza di azione per l'aumento dei calibri e della potenza degli esplosivi; anche sul loro contenuto sembra che gli austro-tedeschi abbiamo voluto apportare modificazioni brutali includendovi dadi di ghisa, pezzi informi di vetro ed altro materiale più efficacemente vulnerante che non la semplice palletta di piombo indurito.

Un'arma del tutto nuova invece, la bomba, è venuta ad accrescere (e con quanta efficacia ognuno di noi ben conosce) lo strumentario già così ricco e terribile della guerra senza confini.

La bomba rappresenta balisticamente un ritorno all'antico: ma coll'uso sapiente che se ne fa e colla potenza dell'esplosivo che contiene, i suoi effetti si sono moltiplicati in modo sorprendente così da non aver nulla da invidiare alle più terribili granate. Un semplice involucro di ferro di forma e foggia varia con linee di frattura prestabilite, con un innesco e una miccia; ecco una bomba. Sia essa lanciata a mano o con speciali apparecchi di lancio (lanciabombe, bombarde) essa produce all'arrivo una tale

detonazione e tale effetto di esplosione da riuscire addirittura spaventosa.

Le ferite da essa prodotte presentano una gravità tutta particolare per le enormi perdite di sostanza, per le innumerevoli lesioni ch'essa produce, pel frantumamento delle ossa, per lo spappolamento delle parti molli, per le ustioni gravi ed estese, per il lordamento delle ferite con terriccio, frammenti di tessuti, ecc., e infine per l'effetto straordinariamente deprimente sul sistema nervoso, così da produrre i più gravi stati di *shock*.

***

Io avrei risparmiato questa rapida e sommaria rassegna delle armi da fuoco in uso e dei loro proiettili se non avessi voluto di proposito insistere su quei particolari elementi che danno alle moderne armi da fuoco il triste privilegio della loro spaventosa efficacia, come di proposito insisto sulle condizioni di minorata resistenza del soggetto che a quelle armi micidiali trovasi esposto, come insisterò sulle condizioni difficilissime in cui trovasi il medico che a quelle ferite deve apportare il primo rimedio.

Sono i tre elementi già trattati in principio, che ci danno ragione degli insuccessi cui la chirurgia tradizionale scolastica si è trovata ridotta al principio di questa guerra: sono i tre elementi che influiscono e influiranno sempre più sulla nuova condotta dei chirurghi in campagna.

***

Non mi fermo sulla infinita varietà delle particolarità anatomiche cui le ferite d'arma da fuoco degli arti possono dar luogo; una descrizione particolareggiata di esse non potrebbe essere esposta in una breve nota, ma richiederebbe lunga trattazione e potrebbe formare benissimo l'argomento di un intero corso universitario di traumatologia di guerra.

Non voglio però esimermi dal fermare l'attenzione di chi legge sull'importanza dell'interessamento nelle ferite degli arti dei grossi vasi e sulla partecipazione dello scheletro e delle articolazioni complicante il modo di essere e il decorso delle ferite stesse. Tanto l'una che l'altra contingenza ci impone il più serio giudizio e ci obbliga a un tempestivo intervento.

La prima eventualità, quella dell'interessamento dei grossi vasi nelle ferite porta sul tappeto una grossa questione: quella dell'*emostasi*.

Debbo dir subito ch'io non credo che l'emostasi definitiva possa utilmente tentarsi in un posto di medicazione. La ricerca di un vaso e l'applicazione di un laccio intorno ad esso può sembrare una inezia a chi la esegua sul tavolo anatomico, come esercizio innocuo di medicina operatoria; ma tale atto operatorio assume ben altra importanza sull'uomo vivo, ed io ho visto varie volte chirurghi provetti stentare a compierlo nella quiete stessa di una comoda sala ospitaliera, pur bene assistiti e nelle condizioni più favorevoli di ambiente e di luce.

Esprimo pertanto il mio deciso parere che il medico o anche i due medici di battaglione non debbano nemmeno tentare un atto così delicato e qualche volta così laborioso. Ad essi spetta, sempre a mio parere, solo l'obbligo di curare l'emostasi temporanea o in loco, se essa è possibile, o col laccio emostatico.

Ma quante noie ci ha procurato questo benedetto laccio emostatico! Mezzo comodissimo e alla portata di tutti esso può divenir fatale se la sua applicazione non viene circondata da rigorose cautele.

Io credo pertanto che agli inconvenienti giustamente lamentati e che hanno dato luogo ad aspre critiche e a circolari severe, si potrebbe ovviare facilmente ove i posti di medicazione, appena applicato il laccio e bendato l'arto del ferito, curassero il pronto trasporto del ferito stesso al più vicino luogo di cura; una necessaria precauzione però non dovrebbe trascurarsi e cioè segnalare in modo infallibilmente sicuro ai sanitari di questo luogo di cura l'avvenuta applicazione del laccio emostatico, perchè possa prontamente provvedersi alla sua remozione e all'allacciatura definitiva del vaso ferito che diventa possibile e doverosa non appena il ferito raggiunga questa sua prima tappa.

Ho dovuto constatare molte volte purtroppo che l'applicazione del laccio non viene fatta a dovere: raccomando pertanto l'interposizione di un conveniente strato di cotone: l'omissione di questa elementare precauzione, coll'applicazione del laccio direttamente sulla cute, è assolutamente imperdonabile ed io non mi indugerei su questo grave inconveniente se non ne avessi visto di persona troppe volte le dolorose conseguenze.

La partecipazione dello scheletro e delle articolazioni complica notevolissimamente il giudizio prognostico delle ferite d'arma da fuoco degli arti: in questi casi fin dalla prima medicazione si impone la perfetta immobilizzazione dell'arto leso in posizione adatta. Certi tentativi di immobilizzazione, quali purtroppo ho visto nel corso di questa guerra, non corrispondevano allo scopo e recavano più danno che altro. Vidi arrivare una volta un colonnello all'ospedaletto da campo in preda a dolori violentissimi sì da farlo gridare come un ossesso: l'ap-

parecchio immobilizzante non era affatto immobilizzante e il trasporto in barella era riuscito oltremodo doloroso al disgraziato.

Dopo poco dal suo arrivo egli usciva dalla camera di medicazione, colle sue proprie gambe soddisfatto e sorridente! Tutti potranno raggiungere questo effetto semplice e sorprendente sol che pongano mente a fissare insieme col segmento leso il segmento immediatamente superiore. In una lesione dell'omero si deve fissare la spalla corrispondente, in una lesione dell'avambraccio si fissi anche il braccio; in una lesione del femore deve fissarsi il bacino, in una lesione della gamba fissarsi il femore e così via. Si scelga inoltre la posizione più semplice e più comoda per il paziente: quanto all'apparecchio immobilizzante bastano delle semplici stecche di legno comune sufficientemente lunghe a seconda dell'altezza della lesione per l'arto inferiore: ad angolo retto coi due lati raggiungenti rispettivamente la spalla e la mano; per l'arto superiore. Precauzione indispensabile: assicurare coll'aiuto di un buon infermiere la posizione assiale dei frammenti dell'osso leso mentre si applica e si fissa l'apparecchio.

Credo pertanto saranno d'accordo con me i medici reggimentali s'io limito così la loro azione al bendaggio provvisorio di tutti i feriti, all'emostasi provvisoria, e all'immobilizzazione degli arti fratturati; e credo che difficilmente si possa lor chiedere di più.

INFEZIONE DELLE FERITE DEGLI ARTI E LORO RAZIONALE TRATTAMENTO.

Abbino appunto i due argomenti, perchè il trattamento delle ferite d'arma da fuoco degli arti è strettamente legato al concetto della loro particolare inficiabilità: anzi si può dire che il tema dominante delle pubblicazioni di chirurgia di guerra in questi ultimi due anni è proprio questo: quale atteggiamento deve assumere il chirurgo di fronte al generalizzarsi delle infezioni nelle ferite di guerra?

Incomincio coll'enunciare un assioma ormai ammesso da tutti che, cioè, le ferite di guerra debbono considerarsi tutte quante gravemente infette. La potenza vulnerante dei moderni proiettili unita alle sfavorevoli condizioni di ambiente che culminano nella vita troglodítica delle trincee favoriscono in modo impressionante l'infezione delle ferite. La cosidetta guerra di posizione che logora i combattenti costringendoli ad ogni sorta di privazioni, che favorisce l'incuria della persona deturpandola, imbrattandola di fango tutta quanta, che costringe i soldati per lunghe e lunghe ore ad una posizione coatta, che li espone ai tiri sconvolgenti delle grosse artiglierie, agli effetti terribili delle bombe, ai colpi di rimbalzo, alle raffiche d'infilata; che obbliga, come ho già detto, i feriti a trascinarsi carponi pei camminamenti fangosi fino a raggiungere il posto di medicazione, che fa sì infine che nel posto stesso di medicazione tutto si sporchi, tutto s'imbratti, contro il miglior buon volere di quella maledetta fanghiglia; questa guerra di posizione, dico, viene a costituire tale un ambiente di sfavore per il carattere e per il decorso delle ferite che queste debbono considerarsi *a priori* tutte gravemente inficiate; mentre di fronte ad esse stanno organismi indeboliti e non più atti ad opporre che una resistenza molto limitata. La conseguenza di tutto ciò appare chiaramente evidente: l'organismo da troppe forze assalito, non può essere lasciato a sè e alle sue indebolite forze di difesa; sorge la necessità di un intervento attivo: il ritorno trionfale dell'antisepsi.

L'infezione delle ferite cui dobbiamo prevedere e provvedere possiamo suddividerla in due grandi categorie: l'una aerobica dovuta all'invasione dei comuni piogeni che può restare localizzata o generalizzarsi (setticemia); l'altra anaerobica che manifestasi nelle due forme tipiche: dell'infezione tetanica e della gangrena gassosa.

Disgraziatamente non vi sono caratteri macroscopici decisamente definiti che facciano ritenere più probabile l'insorgere di una piuttochè dell'altra delle due grandi categorie d'infezione. Si è asserito che la infezione anaerobica prediliga l'impianto nelle ferite frastagliate, anfrattuose, ricche di brandelli necrotici con gravi alterazioni vasali: ma l'insorgere frequente di casi di infezione tetanica e di gangrena gassosa in semplici ferite a setone ha assai turbato le previsioni, tanto vero che fin dai primi mesi di guerra si dovette ricorrere alla vaccinazione antitetanica di tutti i feriti.

Se vi fosse dunque un qualche rimedio profilattico contro la gangrena gassosa, io credo che dovrebbe adottarsi egualmente per tutti i feriti.

Date queste premesse, eliminato quasi il pericolo dell'infezione tetanica coll'iniezione preventiva del siero corrispondente, noi ci troviamo dunque di fronte alle due grandi fonti di infezione: la piogena e la gassosa e dobbiamo ambedue prevenirle in blocco con tutte le forze di cui disponiamo.

Un'ampia e seria discussione si è aperta al riguardo: abbiamo da una parte coloro che sostengono ancora la proscrizione degli antisettici.

Ahmroth Wright in Inghilterra vorrebbe af-

fidare la lotta antimicrobica ai soli poteri protettivi dell'organismo sostenuti dall'azione locale di una soluzione salina ipertonica e dall'azione generale immunizzante dei diversi vaccini.

Di questa soluzione ipertonica con relativi ingegnosi dispositivi per bagni ed immersioni prolungate si è fatto sostenitore in Italia lo Schiassi di Bologna col suo « Trattamento Biologico » delle infezioni acute degli arti con speciale riguardo alle ferite infette di guerra.

Il nostro Ruggi insiste per la medicazione asciutta; ma egli parla dalla Clinica chirurgica di Bologna e allude certamente al trattamento delle ferite nel 2° tempo, quando cioè ben poco possiamo ormai più attenderci dagli antisettici.

Egli stesso lo afferma e dichiara egli stesso di parlare soprattutto dei processi infiammatori determinati dai comuni piogeni confessando che per le infezioni determinate da anacrobi le cose decorrono purtroppo assai diversamente, giacchè in esse il materiale altamente tossico degli elementi finisce col paralizzare l'organismo nei suoi processi reattivi di difesa generale e locale; ammettendo così implicitamente che in queste ultime e più gravi infezioni solo possiamo sperare vantaggio da un'azione energicamente preventiva. È più esplicitamente ancora ecco quanto dice in seguito: « Così pure riguardo ai lavaggi con soluzioni anche disinfettanti le quali, nel periodo in cui l'infezione è stabilita sono, come ho detto, da proscrivere, desidero esplicitamente dichiarare che non sono affatto contrario al loro uso in primissimo tempo, a ferita da poco inferta, come mezzo sopratutto meccanico di asportazione di terriccio, di frammenti di sasso, di brani di vestito e di tutto quel materiale estraneo e pericoloso che imbratta una ferita ».

Voci autorevoli si son levate a sostegno della antisepsi: il Carrel in Francia preconizzando l'uso dell'ipoclorito, il Watson Cheyne in Inghilterra sostenendo con grande energia la necessità dell'uso degli antisettici, richiamando con grande fede l'esempio di Lister.

Quattro, egli dice, sono i punti più importanti nella pratica della disinfezione delle ferite: 1. il chirurgo deve essere convinto che la disinfezione è possibile; 2. egli deve scegliere un antisettico adatto; 3. deve curare che questo antisettico penetri liberamente in ogni parte della ferita; 4. deve provvedere che comunque esso rimanga nella ferita per un certo tempo allo scopo di ottenere un'azione continua, anzichè momentanea. Illustrando questi punti fondamentali egli si ferma specialmente nella scelta dell'antisettico notando come l'jodio e il sublimato per la loro affinità coll'albumina vi si fissano troppo intimamente così da dare scarso vantaggio nella disinfezione delle ferite. Preferisce l'acido fenico in soluzione concentrata e l'ipoclorito al 2-4 per cento, nonchè la larga applicazione della polvere boro-salicilica.

Egli insiste poi nella necessità dei larghi sbrigliamenti e nelle generose dissezioni onde far penetrare l'antisettico liberamente in ogni parte della ferita.

Ora è evidente, per tutto quanto ho detto sopra, che questo laborioso trattamento delle ferite non può farsi nei posti di medicazione. È nei riparti di Sezione di sanità che si deve, a mio parere, incominciare a trattare le ferite con precisione di metodo: gli ospedaletti e gli ospedali da campo e quelli di riserva forniranno poi l'opera coi maggiori mezzi, posti a loro disposizione. Ricevuti pertanto i feriti dai posti di medicazione, i reparti di Sezione di sanità debbono tutti rivederli accuratamente; debbono con abbondanti lavaggi detergere completamente le ferite rasandone la cute circostante, togliendo i tessuti necrotici, applicando con larghezza le sostanze disinfettanti che più si crederanno del caso e sbrigliando largamente, ove occorra, per la esteriorizzazione di ogni recesso della ferita.

*
* *

Gli sbrigliamenti vasti e sistematici costituiscono veramente la miglior difesa contro la gangrena gassosa massiva degli arti: questi sbrigliamenti appaiono specialmente necessari e debbono essere prontamente eseguiti, a mio parere, in quei casi in cui anche semplici ferite a setone hanno prodotto una infiltrazione sanguigna dei tessuti specialmente muscolari; i piccoli fori d'entrata e d'uscita subito chiusi da coagulo o dalla perdita del parallelismo delle ferite, non sono sufficienti allo scarico del focolaio: i tessuti s'irretiscono in una durezza estremamente dolente, la circolazione reflua è ostacolata e resa pressochè impossibile e la porzione distale dell'arto cade facilmente preda della gangrena gassosa.

Le numerosissime osservazioni mie personali tenderebbero a stabilire che queste condizioni si determinerebbero specialmente, anzi quasi esclusivamente, quando le ferite interessano quei punti degli arti dove, per la speciale configurazione anatomica, si arriva più facilmente all'abolizione della circolazione reflua, quei punti cioè dove le parti molli scarseggiano e si serrano più strettamente alle parti scheletriche: terzo medio e inferiore della gamba, terzo

inferiore della coscia e del braccio. Ho constatato che subito dopo i convenienti sbrigliamenti, nei quali bisogna essere generosi e comprendere tutte le logge muscolari, niuna esclusa, la parte distale riprende la sua vitalità, i muscoli lasciano il colore nerastro per riprendere il colorito normale, la temperatura cade come dopo l'apertura di un ascesso, le condizioni generali si rialzano e i feriti si avviano rapidamente alla guarigione.

E qui mi permetto di presentare un antisettico comodo, alla portata di tutti, innocuo e di facile conservazione; esso mi si è dimostrato in più di un anno di pratica esperienza di una straordinaria efficacia non solo nella prevenzione delle infezioni, ma anche ad infezioni già stabilite compresa quella anaerobica della gangrena gassosa.

Voglio dire della *calce anidra*. Cominciai ad usarla nei primi tempi della presente guerra e i miei egregi colleghi e collaboratori di allora: dott. Ardizzoni e dott. Oliva se ne dimostrarono anch'essi entusiasti. Il meccanismo di azione del medicamento in parola sembra consista nella influenza diretta che esercitano sui tessuti le due proprietà peculiari della calce e cioè: la igroscopica e la caustica: per la 1ª (igroscopicità) vengono facilmente assorbite le secrezioni e pressochè mummificati i tessuti sottostanti che sembrano così non offrir più ai microorganismi della gangrena gassosa (che è sempre una gangrena umida) un terreno adatto al loro ulteriore sviluppo; per la 2ª proprietà (fortemente caustica) la calce esercita un potere disinfettante di primo ordine e quel che più conta ad azione continuativa; giacchè la trasformazione dell'ossido di calcio in idrato calcico, quale effetto del processo disidratante sui tessuti di sopra enunciato, avviene lentamente ed in modo continuativo; cosicchè lenta, ma pur continuativa ne risulta l'azione caustica dell'idrato calcico che man mano si forma. Il medicamento è di una completa tollerabilità e gli infermi non si sono mai lamentati di alcun disturbo subiettivo.

L'eliminazione dei tessuti morti avviene rapidissimamente lasciando allo scoperto ben presto un bel tessuto di granulazione.

* * *

Riepilogando dunque la divisione del lavoro fra le varie formazioni sanitarie così potrebbe stabilirsi:

1. Posti di medicazione:
   a) primo bendaggio delle ferite;
   b) emostasi provvisoria;
   c) immobilizzazione degli arti fratturati.
2. Riparti di Sezioni di sanità e Sezioni di sanità:
   a) toletta accurata e disinfezione delle ferite;
   b) emostasi definitiva;
   c) rinnovazione degli apparecchi.
3. Ospedali:
   a) trattamento definitivo e cura delle ferite;
   b) eventuali interventi chirurgici riparatori o demolitori.

Avrei finito se non intendessi dire qualche parola sulle amputazioni.

È questo un tasto doloroso per noi, mentre suona amara, nel ricordo recente, l'aspra critica che con troppa leggerezza si è levata contro il cosidetto eccesso delle mutilazioni nella zona di guerra.

Anch'io ne ho parecchie sulla coscienza avendone eseguite in tutto 21, delle quali:

a) amputazioni della coscia	12
b) amputazioni della gamba	6
c) amputazioni del piede	1
d) disarticolazioni del braccio	2
Totale	N. 21

Dei feriti amputati 16 volsero a rapida guarigione e 5 morirono per sepsi generale o per shoch.

L'alta mortalità relativa dice già che gli interventi venivano decisi con somma circospezione e non a cuor leggero.

Ma devesi convenire che è ben doloroso dovere invocare la cifra della forte mortalità a conforto della propria coscienza: quasi c'è da domandarsi se invece non debbano pesare assai più sulla coscienza nostra la tardività o la omissione degli interventi.

Ma così è: si è levata una voce influente ed il coro gli ha tenuto bordone.

Il prof. Perez dell'Università di Pavia ha trovato in una statistica ufficiale che i mutilati nei primi sei mesi di guerra raggiungevano la bella cifra di 3738 e così su due piedi, ha sentenziato che sono troppi.

Se egli avesse detto così per un naturale raccapriccio a tanta dolorosa constatazione non ci sarebbe che dire: sarebbe come se uno dicesse che nel terremoto di Messina si sono avuti troppi morti: sarebbe una semplice deprecazione alla fatalità!

Ma egli ci dice proprio che siamo stati noi a render così lunga la teoria dei mutilati: noi che non abbiamo saputo intervenire con mezzi acconci per evitare le deprecate mutilazioni.

Anzi insinua che *non lo abbiamo voluto*, mostrando credere che la questione economica e quella della ospedalizzazione (?) possa far propendere per gli interventi demolitivi.

Ordine d'amputare dunque per diminuire le spese di ospedalizzazione?

A Milano, lontani dal rombo del cannone, si può dir questo ed altro; ma chi ha veduto, chi ha assistito alle nostre angoscie, ai nostri disperati tentativi di salvazione, al dolore nostro nelle estreme decisioni, prese sempre con la più ponderata circospezione, colui certo si ribella a giudizi tanto avventati e non può trattenere la più dolorosa meraviglia nel constatare tanta incredibile leggerezza in persone cui la posizione ufficiale dovrebbe imporre il più rigoroso riserbo e la più minuziosa ponderazione nei giudizi.

Se il Perez avesse veduto delle vite salvate come per miracolo da una pronta amputazione, non avrebbe parlato così; ma i maestri non vengono qui a rendersi conto delle vere condizioni dell'ambiente e del materiale in cui e su cui si lavora.

Anche in Francia si erano levati gli stessi clamori; ma un più ponderato esame ha fatto render ragione ai chirurghi della prima linea.

Nomi come Routier, Tuffier, Broca hanno dovuto inchinarsi dinanzi alle necessità impellenti delle unità sanitarie avanzate di cui hanno saputo rendersi esatto conto ed hanno ammesso atti operativi apparentemente brutali quale quello del dott. Pauchet che nei traumatizzati gravi, nella gangrena gassosa, nelle lesioni estese con shock, emorragie, infezioni, procede ad una sezione rapida e piana dell'arto leso rimettendo ad un secondo tempo la regolarizzazione del moncone e la formazione dei lembi per una conveniente cicatrizzazione.

Lo stesso metodo abbiamo usato anche noi all'Ospedaletto 28 in due o tre feriti ottenendo successi insperati in casi in cui le lesioni infiammatorie e la infiltrazione gassosa erano estese sino all'addome o al torace e lo stato generale così depresso da essere dubbiosi sull'intervento temendosi da un momento all'altro la catastrofe.

* * *

Niun dubbio pertanto deve essere ammesso sulla serietà dell'opera nostra che si svolge sotto la dura prova di un quotidiano e severo esperimento.

La lotta urge e ci trascina all'opera santa cui la condizione nostra di sanitari ci ha destinati per il lenimento di tanti dolori; noi siamo lontani dalle belle e ricche sale ospitaliere allietate dal sorriso della femminile pietà; siamo lontani dai grandiosi nosocomi che la carità pubblica ha instituito innumerevoli nelle città nostre.

Ma qui fra i monti, a vivo contatto coi combattenti nostri, in vista del nemico e alla portata dei suoi cannoni, noi sentiamo veramente di esercitare un sacerdozio della cui suprema santità siamo convinti ed orgogliosi (1).

207° *Reparto someggiato, li 14 settembre* 1916.

(1) Lavoro pervenuto in redazione il 31 gennaio 1917.

MEDICINA SOCIALE.

PROBLEMI DEL DOPO GUERRA

Ancora la riforma dei Brefotrofii.

Dott. MARIO FLAMINI.

In un precedente articolo (1) comparso in questo giornale all'inizio dell'anno corrente accennavo alla elevata mortalità degli illegittimi nei Brefotrofi in genere, ed in quello di Roma in specie, come pure al progressivo aumento della mortalità degli esposti lattanti, aumento che si è venuto in special modo accentuando in questi anni di guerra. La causa di tale aumento è principalmente determinata dalla sempre maggiore difficoltà di collocare gli esposti presso nutrici di campagna, a causa della notevole diminuzione delle richieste, da parte di queste nutrici, e quindi dall'agglomeramento degli illegittimi nell'interno dell'istituto, ove, per deficienza di balie, devono essere sottoposti all'allattamento artificiale, con quei risultati disastrosi sui quali ormai tutti i direttori di Brefotrofi convengono.

È l'allattamento artificiale al quale si deve ricorrere su più larga scala che è causa dell'aumento di mortalità nei Brefotrofi.

Per dare una idea del rapporto strettissimo che corre fra l'esodo degli esposti in campagna e la mortalità infantile sarà sufficiente riportare la seguente statistica, che, per maggiore chiarezza, viene tradotta più sotto nella tabella grafica, ove è evidentissimo il rapporto inverso che corre fra i due fattori.

Anno	Esposti entrati	Morti lattanti	Percentuale	Affidati a balia lattanti	Percentuale
1900	1058	—	32.60	980	92
1902	1033	—	38.35	970	94
1904	1015	—	50.93	700	69
1906	947	432	45	616	64
1908	882	409	45	592	67
1910	816	406	50	481	59
1911	771	410	53	519	67
1912	860	463	53	473	55
1913	813	482	59	455	56
1914	821	515	61	370	45
1915	810	525	65	302	37
1916	781	—	—	263	33
1916 1° sem.	434	291	67	—	—
1917 1° sem.	420	—	—	105	25

(1) M. FLAMINI. *La riforma dei Brefotrofi.* « Il Policlinico », marzo 1917.

Oggi la guerra ha fatto sì che le balie di campagna si siano rese quasi irreperibili, per cui è logico pensare che continuando la progressione nella medesima proporzione *in breve tempo si giungerà ad un completo disastro, ad una mortalità cioè di poco inferiore al* 100 *per* 100.

Tale stato di cose non ha preoccupato solo noi, ma anche altri grandi Brefotrofi, ed anche di altre Nazioni. Sappiamo ed esempio che Variot, direttore dell'Hospice des Enfants Assistées di Parigi ha confessato di dover riscontrare attualmente una mortalità salita al doppio di quella che si osservava prima della guerra.

A Milano, il direttore del Brefotrofio Prof. Grassi, il quale si occupa con amore del suo Istituto, e si preoccupa dei fattori sociali che si riflettono sulla mortalità degli esposti, ha proposto la riforma radicale di non accettare più esposti se non dopo il 6° mese di età, obbligando le madri illegittime ad allattare il bambino fuori dell'istituto sussidiandole, o accogliendo madre e bambino nell'Istituto stesso.

Solo nei casi nei quali le madri non fossero idonee all'allattamento si provvede alla accettazione dell'esposto. Tale riforma fu approvata e vige oramai da sei mesi con ottimi risultati, i quali sono riusciti così a rimediare all'ecatombe che si delineava sicura ed imminente anche in quel Brefotrofio.

Mi è grato comunicare i risultati fornitimi dal Prof. Grassi ottenuti nei primi sei mesi (febbraio-luglio) di applicazione del nuovo regolamento:

Bambini illegittimi accolti nel Brefotrofio di Milano dal 1° febbraio al 31 luglio 1917:

Consegnati a domicilio in allattamento materno 232
Entrati con la madre nutrice in balieria . 124

356

Entrati in balieria senza la madre giudicata incapace all'allattamento 126

Totale . . . 482

Con questo sistema il 73 % degli accolti nel semestre poterono essere consegnati alle rispettive madri in allattamento sussidiato. La mortalità di questi bambini a tutt'oggi è stata del 12 %. La mortalità generale dei 482 bambini assistiti è risultata fino ad ora del 21 %, e di questi buona parte sono morti per l'allattamento artificiale al quale si sono dovuti sottoporre i sifilitici ed i sospetti accolti senza madre nell'istituto. *La riforma in Milano è stata,* come afferma il Prof. Grassi, *accettata senza la me-*

noma opposizione delle parti interessate, nè dell'opinione pubblica.

Un rimedio così provvido, così semplice, e così morale doveva essere applicato anche a Roma fin dal primo agosto u. s., ma ostacoli burocratici hanno determinato la sospensiva della sua applicazione, in modo che il provvedimento non è stato potuto portare alla approvazione definitiva della Amministrazione Provinciale, nonostante l'opinione favorevole espressa dal Consiglio Sanitario Provinciale.

Non basteranno evidentemente pochi mesi per vincere tali ostacoli, seppure questi non riusciranno a far naufragare una riforma escogitata con l'intenzione di salvare la vita di tanti bambini.

Si tratta di intralci che con un po' di buona volontà si potrebbero risolvere facilmente, o che potrebbero essere sorpassati agevolmente con l'intervento di una Autorità Superiore: tale intervento sarebbe più che opportuno data l'urgenza e la necessità del provvedimento.

L'aumento rapido della mortalità verificatosi in questi ultimi mesi ci obbligano moralmente a denunciare il fenomeno e a dare l'allarme sempre più pressante. Perciò non abbiamo ritegno di confessare che nel mese di luglio di quest'anno ad un ingresso di 71 esposti ha fatto riscontro la cifra di 69 lattanti morti, e che durante i primi 6 mesi del 1917 ad un ingresso di 420 esposti ha fatto riscontro la cifra di 288 morti lattanti nell'interno dell'istituto.

Purtroppo a noi medici non è concesso di modificare il fatale andare degli eventi. Si tratta di questioni non di assistenza sanitaria diretta, ma puramente amministrativa, e con nostro grande accoramento dobbiamo assistere impotenti a tanta desolazione, nell'attesa dei provvedimenti proposti.

Ma abbiamo il sacrosanto dovere di parlare e di incitare a provvedere *subito*. Ogni giorno che passa senza prendere una iniziativa è una piccola vita dippiù che si spegne e che invece potrebbe essere salvata. Di fronte a questa possibilità ed a questo problema evidente, chiaro ed urgente ci appelliamo a chi può rompere gli indugi e fare in modo che si tronchi qualsiasi intralcio ad una riforma che fu già approvata dalla opinione pubblica, e che deve far cessare al più presto un danno gravissimo che dal lato morale e materiale si riflette sulla Società e sulla Nazione.

——— percentuale di lattanti affidati a balia
- - - - - percentuale dei lattanti morti

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Reale Accademia Medico-Chirurgica di Napoli

Adunanza ordinaria del 10 *giugno* 1917.

Presiede il presidente prof. DE GIAXA.

Le localizzazioni cerebrali (2ª parte)

ANILE A. — Espone una serie di argomenti che sarebbero venuti a scuotere il concetto dei centri corticali, quali si possedeva sino a pochi anni fa, e afferma che la casuistica clinica ha già tolto valore alla speciale funzione dell'emisfero sinistro per alcuni centri cosiddetti evolutivi rimettendo in luce la sinergia dei due emisferi, e che tutto il recente contributo di chirurgia cranica, quale ci viene dai feriti in guerra, rivela, ad ogni momento, la sorpresa dei chirurgi militari nel constatare come, a vaste ernie cerebrali, con resezioni notevoli di massa nervosa, non siano seguiti gli effetti che si attendevano. Nel campo della pura ricerca scientifica, poi, i dubbi, secondo l'O., non sarebbero minori, perchè l'ipotesi del Flechsig sui centri di proiezione e quelli di associazione perde ogni sostegno quando la stessa legge miolegenetica fondamentale si è mostrata fallace.

L'O. riassume quindi i risultati ottenuti dalla scuola tedesca (Brodmann-Vogt) intorno alla *citotectonica* e alla *mielotectonica* della corteccia cerebrale, e afferma come il punto stesso di partenza, che cioè una diversa disposizione o di cellule o di fibre debba considerarsi come indice di speciale funzione, sia erroneo. Assai maggior valore ha per l'autore il contributo della scuola fisio-psicologica russa, coi lavori del Pawlow e del Bechterew. Dall'insieme di questi studi, secondo l'O. risulta che ciascuna zona sensoriale è nel medesimo tempo motoria, nella stessa guisa che lo è la zona centrale tattile, e con motilità più o meno estesa a reazioni organiche. Vengono prima ridesti i riflessi corticali immediati e poi quelli mediati con associazioni sempre più larghe e pronte a secondo della permeabilità maggiore o minore del pallio. È per questo che non riesce possibile isolare nettamente sul mantello cerebrale una di queste zone sensoriali, e noi possiamo darci ragione degli strani fenomeni di sinopsie e del modo come facilmente vengono supplite le deficienze delle singole agnosie, e perfino la perdita di un senso evoluto. L'O. crede che lo studio scientifico della corteccia cerebrale debba liberarsi di quel contenuto metafisico che resta inerente al concetto dell'immagine psichica ed agli schemi assai comodi di centri ideativi e volitivi, non solo perchè non ha perduto nessun valore la verità critica che ciò che è psichico non sopporta traduzioni spaziali, ma anche perchè coll'indagine sui riflessi motorii corticali e loro connessioni, si è dischiuso innanzi a noi un campo di serio lavoro per una interpretazione scientifica dei fenomeni psichici.

IAPPELLI G. — S'indugia su ciò che si debba intendere per *centro nervoso* e quindi discute intorno alle conclusioni cui è pervenuto il socio Anile.

In sostanza il prof. Anile, egli dice, ha formulato due conclusioni, cioè: 1° che anche le *zone di associazione* sono provviste di fibre di proiezione e quindi non differiscono essenzialmente, per costituzione anatomica e per valore funzionale, dalle zone di proiezione; 2° che ogni zona di proiezione va considerata come una zona sensitivo-motrice. Crede che tutti debbono associarsi a tali conclusioni, le quali però sono state già da tempo validamente sostenute da illustri sperimentatori, e accettare il concetto generale, che le sfere sensoriali o zone di proiezioni, sia per costruzione, come per funzione, possano essere considerate come *centri di riflessi corticali*, di ordine più elevato e di maggiore complessità dei riflessi midollari, bulbari, mesencefalici. Conclude affermando che dalla comunicazione del socio Anile non può tuttavia trarsi conseguenza contraria alla moderna dottrina delle localizzazioni cerebrali, la quale invece ne esce più rafforzata. Oggi senza dubbio non vi è alcuno che intenda le localizzazioni cerebrali nel senso frenologico e cranioscopico di Gall e Spurzheim; ma egualmente non vi è alcuno che voglia tornare al concetto dell'unità fisiologica della corteccia cerebrale, nel senso di Hourens e ponga in dubbio che nel mantello cerebrale vi siano zone di diverso significato e valore funzionale.

BOTTAZZI F. — Reputa inutile una discussione sopra fatti e argomenti pro e contro la dottrina delle localizzazioni cerebrali, che già trovansi ampiamente riferiti in opere classiche. L'Anile, infatti, ha voluto portare qui l'eco di obiezioni e di critiche mosse ai risultati di ricerche pazienti e coscienziose, ma che sono state già riconosciute come fondate, e sopra considerazioni errate di indole metafisica, e sopra interpretazioni arbitrarie di quei risultati, e comunque non corraborate da esperimenti e osservazioni; non ha portato fatti, nè idee nuove ed originali. E siccome le obbiezioni principali riguardano la localizzazione delle sensazioni cutaneo-muscolari, e dei centri corticali di movimento, egli crede di dover rammentare a questo riguardo, le osservazioni fatte recentemente dal Cushing di Baltimora sopra due pazienti, le quali confermarono, in condizioni eccezionalmente favorevoli, che mentre i centri motori sono situati sul giro precentrale, i centri per le sensazioni tattili e termiche trovansi localizzati sul giro postcentrale. Aggiunge, che le localizzazioni corticali sono, per molteplici prove sperimentali e cliniche, un fatto ormai indubitabile, e che esse non costituiscono un ostacolo all'interpretazione del carattere unitario che, dal punto di vista psicologico presenta l'attività cosciente, detto carattere unitario potendo avere la sua base anatomo-fisiologica negli innumerevoli neuroni intercentrali o di associazione, i quali stabiliscono molteplici connessioni fra le singole aree sensoriali e motrici.

COLUCCI C. — Sostiene pure egli, che la dottrina delle localizzazioni cerebrali non può considerarsi in alcun modo come scossa, nemmeno per quanto riguarda i centri più evoluti e complessi, per es., quello del linguaggio, come avrà occasione di mostrare in una comunicazione che egli si propone di fare nella prossima adunanza.

ANILE insiste sulla necessità di una revisione dell'argomento e annunzia altre comunicazioni in proposito.

Apparecchio conta-pannilini per laparatomie.

DE GAETANO L. — Presenta un apparecchio da lui ideato e fatto costruire per contare i pannilini usati durante un'operazione di laparatomia, lo illustra e ne mostra il funzionamento.

Cisti del pancreas, d'origine luetica, simulante un tumore della regione gastro-epatica.

CASTRONUOVO G. — Riferisce l'osservazione di un infermo di anni 60, affetto da lue, con R. W. positiva, il quale nel luglio 1915 presentò sindrome peritonitica con pseudocclusione intestinale (dramma pancreatico), cui seguì epatite e periepatite con moderato ittero, che durò sei settimane e poi guarì con le cure mercuriali e iodiche, permettendo all'infermo di tornare al suo ufficio. Dieci mesi dopo i fenomeni del dramma pancreatico, comparve all'epigastrio un tumore, che andò ingrandendosi fino al volume di una testa di feto a termine e che appariva in intimi rapporti con la piccola ala epatica e con la piccola curvatura dello stomaco. Sul tumore si notava pulsazione trasmessa dalla aorta,

ma con carattere espansivo. L'infermo non presentò le reazioni rivelatrici del deficit pancreatico. Fu operato il 23 ottobre 1916 dal prof. De Gaetano, il quale riscontrò una grande cisti della coda del pancreas, con vasta aderenza al fegato, allo stomaco e ad altri organi vicini. Fu estratto più di un litro di liquido citrino, alquanto torbido, che si dimostrò privo di fermenti proteolitici, amilolitici e steatolitici. L'infermo guarì dopo eliminazione di un pezzo necrosato del pancreas. Trattavasi di pseudocisti necrotica con parete fibroso, priva di rivestimento epiteliale, e la genesi più probabile pare che fosse una andoartesite obliterante luetica od una embolia della stessa natura in concorso con una pancreatite sclerotica specifica.

CASTELLINO. — Accenna ad un altro caso simile, nel quale il prof. D'Antona si rifiutava d'intervenire, pensando che si trattasse di un aneurisma dell'aorta, contrariamente al parere del prof. Cardarelli, che fu poi dimostrato giusto dall'atto operativo. **L'O.** si diffonde quindi a parlare delle relazioni fra le cisti del pancreas e la insufficienza pilorica, la cui concomitanza da alcuni è attribuita a un perturbamento nell'equilibrio del tono del vago e di quello del simpatico, che farebbe pensare a una speciale funzione endocrina del pancreas. Egli esamina tale questione, che ritiene degna di un profondo esame.

MOSCATI G. — Avendo avuto occasione di osservare quattro casi di cisti del pancreas, espone alcuni fatti che gli sono sembrati interessanti. I casi appartenevano tutti a persone abbienti. Negli ospedali, invece, non ha mai visto una cisti pancreatica. La lesione si confonde con il cancro del fegato, o con le cisti renali, o con quelle ovariche. Crede importante nella diagnostica pancreatica la reazione del Commidge, anche eseguita con la tecnica antica, purchè i cristalli di osazone che si ottengono siano completi e numerosi.

DE GAETANO L. — Rammenta che fu egli medesimo che operò, con l'assistenza del prof. D'Antona, il caso di cisti del pancreas, accennato dal prof. Castellino, caso di diagnosi difficilissima. La pulsazione del tumore era talmente forte che il D'Antona ne fu impressionato sì da far sospendere l'operazione. Invitato ad osservare l'infermo il prof. Cardarelli, questi escluse l'aneurisma e incitò all'intervento. Operata l'inferma, l'O. trovò voluminosa cisti suppurativa del pancreas, che marsupializzata, guarì completamente.

Aveva innanzi alla mente il caso su accennato, quando venne alla sua osservazione il caso così ben studiato ed illustrato dal Castronuovo, ed accettò di operarlo, gentilmente coadiuvato dal prof. Pascale.

S.

Società medica di Modena.

Seduta del 12 marzo 1917.

Presiede il presidente prof. GIUSEPPE SPERINO.

Sono presenti: Sperino; Guzzoni degli Ancarani; Selmi: Stufler Giuseppe; Sarti: Luzzatto; Donati: Biancheri; Barbanti; Boschetti. Scusa l'assenza Vittorio Levi.

Viene letto ed approvato il verbale della seduta precedente.

In seguito, a proposta del prof. Guzzoni degli Ancarani, è confermato per la durata della guerra l'attuale Consiglio Direttivo.

Sono approvati all'unanimità il bilancio consuntivo 1915 e preventivo 1916.

Si passa quindi alle comunicazioni scientifiche:

Il più piccolo ed il più grande dei calcoli vescicali da me curati nei bambini.

Prof. MATTEO SELMI. — Riferendo su due casi di calcolosi vescicale di cui l'uno rappresenta il primo di una serie di 23 casi da lui operati e l'altro, l'ultimo, fa rilevare la stranezza della combinazione che il primo è il più piccolo da lui operato ed il secondo invece è il più voluminoso non solo fra i casi suoi ma anche fra quelli finora noti nella letteratura dei calcoli estratti da bambini: esso pesava infatti, appena estratto, gr. 75 e aveva il volume di un uovo. Tratta della preferenza da darsi alla cistotomia sulla litotrizia nella cura della calcolosi vescicale e della necessità di fare sempre indagini complete con la radioscopia e la cistoscopia, così da essere certi delle condizioni tutte dell'apparato urinario.

Passando poi a trattare delle risorse che il chirurgo possiede per prevenire le recidive espone come per metodo, nei casi (che sono frequenti nei bambini) di calcolosi complicata a cistite, sia da stabilire e mantenere per parecchio tempo una larga apertura all'esterno della vescica, apertura che realizza le condizioni indispensabili alla guarigione della cistite e quindi anche alla prevenzione di una rapida recidiva. È dolente di non potere, stante l'ora tarda, presentare l'ultimo operato, un bambino di sette anni che ridotto ad uno scheletro all'epoca dell'operazione, è ora fiorente di salute; presenta invece la radiografia dell'enorme calcolo, eseguita nel gabinetto di radiologia dell'Ospedale Civile, diretto dal prof. Balli.

Sopra tre casi di chirurgia cranio-cerebrale.

Prof. MATTEO SELMI. — Riferisce tre casi di chirurgia cranio-cerebrale, tutti tre della zona rolandica. Il primo e l'ultimo intervento vennero eseguiti per epilessia.

Nel primo si tratta di una bambina di 4 anni, di un ragazzo di 12 nell'ultimo. La guarigione completa si mantiene in quel primo caso (che era gravissimo) da quasi cinque anni e può considerarsi definitiva: il secondo caso invece già prima inutilmente operato di un piccolo parziale intervento, non ha sentito che debole miglioria sebbene la craniectomia sia stata vasta e coronata da ottimo successo operatorio. La differenza dell'esito dipende da che il primo era un caso di vera epilessia jaksoniana con piccole lesioni della pia-meninge, il secondo invece un caso di epilessia traumatica che era stata forse un tempo jaksoniana ma che da anni ormai si era generalizzata. L'intervento era un tentativo logico per la gravità delle sofferenze del paziente, legato alle gravi lesioni riscontrate all'atto operativo e consistenti in esiti di estesa infiltrazione emorragica della pia, già organizzata

in connettivo di neoformazione fortemente pigmentato.

Interessante, dal lato dei fenomeni clinici, il caso di sarcoma della dura madre che deprimeva la circonvoluzione post-rolandica senza provocare sintoma alcuno nella motilità degli arti e della faccia. Presenta fotografia e disegni illustrativi ed espone alcune vedute sulla tecnica della chirurgia cranio-cerebrale.

Donati M. — È d'accordo con l'O. sui concetti che lo hanno guidato nella cura della calcolosi vescicale e nel trattamento della cistite concomitante, sopratutto nei bambini, preferendo la cistotomia soprapubica alla litolapassi: l'epicistotomia nella calcolosi ha negli ultimi anni guadagnato sempre più terreno presso i chirurgi.

Quanto all'importanza diagnostica della radiografia, fa rilevare che i dati da questa forniti hanno valore soltanto se positivi; e ricorda ad es. un suo caso recente nel quale un grosso calcolo fosfatico e uratico che si era sviluppato a ridosso di un proiettile di fucile deformato sfuggì completamente all'indagine radiografica la quale aveva rivelato perfettamente il proiettile. Si sofferma infine sulla questione della recidiva della calcolosi vescicale dopo epicistotomia, mettendo in evidenza l'importanza dell'infezione renovescicale.

A proposito dell'ultimo caso descritto dall'O., fa rilevare che la pratica di eseguire una craniectomia definitiva per epilessia post-traumatica è in contrasto con quanto l'esperienza ha insegnato, che cioè le cicatrici aderenti alle meningi ed al cervello, quando esista una perdita di sostanza ossea, possono essere causa di epilessia; tanto è vero che la cura consiste nella cranioplastica. Inducendosi perciò a fare una nuova craniotomia, e tanto più trapanando a livello della zona rolandica, egli avrebbe preferito il lembo osteoplastico.

Spiega infine le ragioni per le quali nel primo intervento su questo stesso ammalato egli aveva operato nella sede della vecchia craniotomia, descrive le lesioni incontrate, ed i motivi e la tecnica dell'autoplastica a lembo periosteo arrovesciato, alla quale tuttavia non seguì la rigenerazione di osso a livello della perdita di sostanza della parete cranica.

Selmi. — In rapporto a quanto ha detto sulla necessità di creare uno stoma vescicale per prevenire le recidive di calcolo quando vi sia cistite, ripete che trattati recenti non parlano affatto di questo provvedimento e che trattati ed anche chirurghi provetti fra cistotomia e litotrizia scelgono anche oggi indifferentemente l'uno o l'altro metodo. La epicistotomia è infatti da molti anni praticata da parecchie scuole: il lato relativamente nuovo della comunicazione è quello che si riferisce all'importanza e allo scopo di uno stoma vescicale.

Quanto alla insufficienza della radiografia lamentata dal prof. Donati, l'O. ha già detto che in genere i calcoli uratici sono di una notevole trasparenza, ma che in generale, con apparecchi perfezionati, nella grandissima maggioranza dei casi la radiografia è un eccellente metodo di investigazione dell'apparato urinario.

Sul caso di trapanazione per epilessia generalizzata di origine traumatica, osserva che non vi era affatto perdita di sostanza ossea nella zona rolandica, ma che anzi l'osso era di spessore molto superiore alla norma e che è questa anzi la ragione per cui avendo iniziato l'atto operativo con intendimento di avvalersi di lembo osteoplastico alla Wagner, come nel primo caso, si decise poi a demolire viste le lesioni estese e gravi della pia meninge. Ha veduto il paziente da poco ed ha constatato che tutta la vasta breccia ossea si è già ricolmata, il che prova ancora una volta il forte potere osteonegetico della dura madre.

Contributo allo studio delle carni insaccate.

Dott. Carlo Sarti. — Ha eseguite ricerche cliniche e batteriologiche su 50 campioni di carni insaccate alcune di recente, altre di antica preparazione: dal lato chimico determinò quantitativamente l'acidità totale ed i cloruri e qualitativamente l'acido borico, l'acido salicilico, l'amido, la formaldeide ed i nitrati come quelle sostanze che più comunemente possono essere aggiunte a scopo fraudolento ed influire sulla presenza e sulla vitalità dei germi. Ricercò inoltre la eventuale sostituzione con carne di cavallo servendosi del metodo della precipitazione delle albumine. Dal lato batteriologico ricercò i germi aerobi ed anaerobi in esse contenuti e studiò per quanto tempo i germi patogeni isolati dalle carni insaccate possano in esse vivere e conservare le loro proprietà. Studiò inoltre l'importanza che hanno le carni di animali malati o morti di malattia nella trasmissione delle infezioni e delle intossicazioni alimentari.

Queste ricerche dimostrarono che le carni insaccate contengono un numero rilevante di germi, i più importanti dei quali sono il *bac. coli* ed il *bac. protei*: esse possono inoltre contenere germi del gruppo del bac. paratifo B i quali provengono da carne di animali affetti da malattia. Questi germi non producono nelle carni alterazione alcuna. Dal lato chimico le carni esaminate si dimostrarono normali: la carne di cavallo fu trovata aggiunta nel 4 % delle carni.

Le valvole sigmoidee aortiche dei bovini.

Prof. Prospero Zannini. — Studiò nelle valvole semilunari dei bovini un carattere anatomico differenziale di notevole interesse. Agli anatomici veterinari questa particolarità è sfuggita. L'A. trova nella faccia parietale delle valvole sigmoidee dell'aorta parecchi cordoni di aspetto tendineo, grossi da 1-3 mm., lunghi 2-3 cm., in numero di 4 a 6 per ogni metà di lembo valvolare, i quali emergono dalle porzioni estreme degli archi della zona fibrosa aortica e si estendono, paralleli al margine libero valvolare, verso il centro della piega membranosa. Dalla estremità libera come dal margine inferiore di questi cordoni partono numerosissimi fascetti muscolari, che si incontrano e si confondono con quelli provenienti dalla metà opposta.

Dott. Giuseppe Stufler.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei tumori del ponte.

G. MINGAZZINI (*Rivista di Patol. Nerv. e Ment.*, giugno 1916) riferisce su di un soggetto di 18 anni che negava lues, senza precedenti abusi di alcool, nel quale alla distanza di pochi mesi si svilupparono i seguenti sintomi:

In primo tempo ottundimento mentale, cefalea, vertigini, vomito, ambliopia (papilla da stasi) ed accessi epilettiformi limitati esclusivamente agli arti della metà destra del corpo; nel liquido cefalo-rachidiano si aveva aumento di pressione e di albumina: inoltre si notò paralisi bilaterale degli abducenti, paresi del *facialis* e degli arti di destra, atassia bilaterale dinamica maggiore a sinistra, sintoma di Romberg, indebolimento dei riflessi corneali, pigrizia dei riflessi iridei alla luce.

In un secondo *status* — dopo un breve miglioramento ottenuto con una cura mercuriale — oltre i disturbi testè accennati si constatarono: flessione dorsale dell'alluce ed aumento di riflessi tendinei a destra: d'ambo i lati dolorabilità alla percussione del cranio.

In un terzo *status*, che precedette di pochi giorni la morte, si ebbero inoltre abolizione dei riflessi iridei, grave paresi degli arti e capacità di eseguire soltanto movimenti elementari; paresi a sinistra dell'ipoglosso, disartrie; dolorosa la compressione dei rami del trigemino, *areflexia corneae* più spiccata a sinistra, tendenza a cadere all'indietro e verso sinistra, asinergia cerebellare ed adiadococinesia; integrità di quasi tutte le forme di sensibilità generale, assenza di nistagmo provocato con qualsiasi mezzo.

La diagnosi *intra vitam* fu di tumore del tegmento del ponte, il quale iniziatosi a sinistra si fosse poi diffuso al lato destro ed in basso (senza coinvolgere completamente le vie piramidali) ed in parte al braccio del ponte di sinistra. L'*extispicium* dimostrò difatti la presenza di un tubercolo, che occupava nettamente tutta la regione del *tegmentum pontis* e che coinvolgeva d'ambo i lati la *formatio reticularis*, parte dei nuclei e delle radici del trigemino, l'*abducens*, il lemnisco mediale e principale, il campo centrale del tegmento, le fibre dello *stratum profundum* e porzione di quelle dello *stratum complexum* e superficiale. I fasci piramidali del ponte erano coinvolti nel neoplasma in massima parte, specie a sinistra, salvo le fibre più laterali e ventrali. A sinistra il neoplasma si estendeva sino all'inizio del *brachium pontis*. Il *fasciculus longitudinalis posticus* ed il *brachium conjunctivum* erano alquanto deformati, ma le loro fibre nervose quasi del tutto conservate.

Il caso in parola dà occasione all'Autore di fare alcune considerazioni importanti. Anzitutto data la conservazione dei movimenti volontari elementari sino all'*obitus* e dato che il *fasciculus rubro-spinalis* era coinvolto nella formazione neoplastica, si sarebbe tratti a prima vista a concludere che i movimenti elementari degli arti sono possibili anche con un numero relativamente scarso di fibre piramidali, dal momento che nel caso in parola scarse fibre mielinizzate erano conservate ancora entro i fasci piramidali del bulbo e nei fasci piramidali del midollo e che d'altra parte il fatto troverebbe riscontro in ciò che si verifica nei primi mesi della vita extra-uterina, quando cioè le vie piramidali incominciano a mielinizzarsi. Tuttavia, secondo il prof. Mingazzini, un'altra ipotesi sarebbe anche plausibile. A parte la *vexata quaestio* della localizzazione dei movimenti degli arti nel cervelletto, è stato dall'A. più volte dimostrato che nell'uomo parte delle *fibrae arciphormes internae* incrociandosi sul rafe, si portano come *fibrae circumpyramidales* (segmento mediale) sulla piramide del lato opposto, entro la quale inviano sottili fascetti di fibre *endopyramidales*. Ora è verosimile ammettere che esse servano a rinforzare le vie piramidali del midollo spinale; e che quindi probabilmente diano (in parte almeno) ragione dell'astenia omolaterale, che si osserva nelle affezioni cerebellari. Comunque sia, ciò dimostra la complessità del problema del decorso delle vie extrapiramidali sull'uomo, le quali debbono forse cercarsi non soltanto nel *fasciculus rubro-spinalis*, ma anche nelle vie lenticulo-tegmentali (o lenticulo-piramidali) e verosimilmente nelle vie cerebello-piramidali testè accennate.

Un altro punto degno di speciale menzione in questo caso è la conservazione fin presso la morte delle impressioni tattili, termiche, dolorifiche e pallestesiche, malgrado che *formatio reticularis* e *strato del lemnisco* (mediale e principale) deputati, secondo i più, a condurre tali forme di sensibilità fossero completamente invasi dal tubercolo. Per chiarire tale reperto l'A. ricorda che due sono le vie principali, per mezzo delle quali le vie sensitive si mettono in

rapporto colla corteccia cerebrale: l'una è formata dal *ganglion* spinale, cordone posteriore, nucleo del cordone posteriore, lemnisco principale e forse anche *formatio reticularis*, talamo, corteccia cerebrale. L'altra via è costituita dal *ganglion* spinale, colonna di Clarke, vie spino-cerebellari, corteccia cerebellare, *corpus dentatum, brachium conjunctivum*, talamo, capsula interna e corteccia cerebrale. Ora, dal momento che quest'ultimo ordine di fibre in questo caso era integro, si deve razionalmente ritenere, che le forme di sensibilità rimaste integre abbiano percorso sempre più la via costituita dal rispettivo complesso di neuroni, a misura che loro veniva sottratta la conduzione attraverso l'altra via, di cui fanno parte il lemnisco e la *formatio reticularis*. È una nuova conferma della capacità di adattamento di alcune fibre nervose ad esercitare la funzione di altre.

L'A. richiama l'attenzione sul fatto dell'apparente e transitorio miglioramento verificatosi per alcuni sintomi in seguito alla cura antiluetica, la qual cosa congiunta alla quantità cospicua di albumina (oltre la globulina) contenuta nel *liquor* ed alla mancanza di plejocitosi poteva — malgrado il responso negativo della WR — indurre nella erronea persuasione di avere a fare con un neoplasma di natura sifilitica. Miglioramenti transitorii dei neoplasmi cerebrali e talvolta (per alcuni Autori) anche permanenti dovuti all'azione del mercurio, sono stati segnalati dai clinici già da lungo tempo. Tuttavia è opportuno insistervi ancora, affinchè il medico non vi fondi soverchie speranze, indipendentemente dai risultati delle ricerche sul liquido cefalo-rachidiano e sul sangue, i quali possono avere talora un valore equivoco.

E. TRAMONTI.

TERAPIA.

L'azione espettorante del cloruro d'ammonio.

È generalmente riconosciuto dai trattatisti, sicchè tale rimedio trova largo impiego nella terapia delle malattie delle vie respiratorie. Recentemente però, sulla base di pochi esperimenti fatti su animali inferiori è stata negata la azione espettorante. Inoltre Biedl e Winterberg affermavano che una notevole quantità di esso si trasforma in urea nel fegato, e quindi la quantità che raggiunge la circolazione generale è insufficiente per diminuire la viscosità della secrezione bronchiale. Però ulteriori esperienze di Wolf e Osterberg hanno dimostrato che il 32 % del cloruro d'ammonio viene eliminato dai cani in soli due giorni: l'escrezione dell'urea è leggermente diminuita, mentre invece è aumentata l'ammoniaca nelle urine e nello sputo. Quindi seppure una parte di cloruro di ammonio viene mutata in urea, trattasi di quantità affatto trascurabile.

Warren Coleman (*Am. Journ. of Med. Scien.*, ott. 1916) ha ripreso la questione da un punto di vista pratico, con nuovi esperimenti fatti su animali e su uomini sofferenti di bronchiti acute e croniche.

Negli animali da laboratorio, l'A. ha potuto dimostrare che il cloruro d'ammonio, come anche altri espettoranti (ipeca, poligala, antimonio, ecc.) produce un visibile aumento della secrezione bronchiale.

Gli esperimenti sull'uomo, oltre all'aumento di ammoniaca nello sputo, hanno dimostrato che 12-13 ore dopo dosi abbastanza piccole (1/2 gr. ogni due ore), è nettamente percepibile il sapore del medicamento; questo fatto mette in evidenza la forma con cui esso viene eliminato. Le osservazioni subbiettive inoltre dimostrano che sotto la sua azione, lo sputo si fa più abbondante, meno tenace, più facile da espellere e scompare la sensazione di secchezza al petto; i fatti contrari si osservano sospendendone l'uso.

Modo di azione. — Il cloruro d'ammonio diminuisce la viscosità del muco, sia aumentando la secrezione dell'acqua, sia mediante una azione dissolvente. Il muco, reso meno viscido, viene portato avanti per azione delle ciglia vibratili ed espulso mediante la tosse: il cloruro d'ammonio non avrebbe invece nessuna azione sui movimenti delle ciglia vibratili.

Ad ogni modo, risulta pienamente confermata l'azione di tale medicamento. FIL.

La fase stimolatrice dell'atropina.

Si ammette generalmente che l'atropina agisca esclusivamente paralizzando il pneumogastrico: il suo meccanismo d'azione è però molto più complesso, estendendosi su tutto il sistema della vita organica e quindi anche sui nervi acceleratori del cuore.

Petzetakis (*Presse méd.*, n. 67, 1916) partendo da osservazioni cliniche ha potuto dimostrare un'azione eccitatrice dell'atropina, che precede la fase di paralisi. Clinicamente il fenomeno è stato rilevato con la ricerca del riflesso oculo-cardiaco, che permette di esaminare nell'uomo l'eccitabilità del vago; sperimentalmente l'A. ha praticato sui cani delle iniezioni endovenose, aprendo il torace ed osservando il ritmo cardiaco.

Da queste ricerche, risulta che l'atropina all'inizio della sua azione aumenta l'eccitabilità

degli elementi cardio-moderatori del vago. Tale aumento (che si esplica specialmente con rallentamento del ritmo) potrebbe invero essere apparente ed essere invece dovuto a diminuzione dell'eccitabilità degli acceleratori; ma la ricerca dell'eccitabilità diretta e riflessa dei vaghi permette di concludere in favore dell'eccitabilità dei vaghi.

Schematicamente l'azione dell'atropina può così riassumersi: 1° *Fase iniziale o stimolatrice:* si ha dapprima un periodo di ipereccitabilità del vago, che si manifesta con rallentamento del ritmo e disturbi della ritmità cardiaca e che viene dimostrata con l'aumento dell'eccitabilità diretta o riflessa dei vaghi. Segue poi un periodo in cui all'ipereccitabilità del vago si aggiunge un'azione diretta acceleratrice (sui gangli cardiaci): si manifesta allora una piccola accelerazione totale del ritmo oltre normale. 2° *Fase tardiva o di paralisi*: vengono paralizzati gli elementi moderatori dei vaghi, sicchè questi perdono l'eccitabilità diretta e riflessa; tale fase si esplica con un forte acceleramento del ritmo cardiaco. *ini.*

Inconvenienti nell'uso dell'adrenalina.

L'adrenalina viene spesso usata nel trattamento delle reazioni vaccinali antitifiche; si è da taluno osservato che in seguito all'iniezione si verifica un certo dolore per cui si è proposto di rinunciare all'uso di tale medicamento.

Merklen e Lioust (*Soc. méd. des hôpitaux*, n. 12) hanno notato in quattro soggetti un inconveniente più grave consistente nello sfacelo al punto di iniezione. Uno o due giorni dopo questa si notava localmente un eritema che raggiungeva la grandezza di uno scudo, ben limitato, di un colore roseo-carminio. La pelle subiva un indurimento che s'iniziava verso il centro: in seguito si delimitava una massa pergamenacea, dolorosa alla pressione ed anche spontaneamente. La macchia diventava poi grigia e nerastra, si formava una piccola zona di sfacelo; l'escara seguiva la solita evoluzione lasciando una piaga che cicatrizzava assai lentamente.

Il fenomeno è spiegabile con la vaso-costrizione portata dall'adrenalina, che aveva impedito la irrigazione vascolare di una porzione di territorio cutaneo, donde lo sfacelo. Esso si associa ad una vaso-dilatazione, di cui è testimonio l'eritema. Rimarrebbe da spiegare perchè la vaso-costrizione sia arrivata fino alla gangrena. Gli AA. escludono il sospetto di infezioni volontarie da parte dei soggetti, e presumibilmente anche di impurità. Può darsi che vi sia stato qualche difetto di preparazione o che l'adrenalina avesse subito delle alterazioni.

Ad ogni modo anche la concentrazione troppo alta potrebbe essere incriminata e gli AA. consigliano di non oltrepassare il mezzo milligrammo per centimetro cubico. I. P.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Funzioni periodiche dell'organismo.

Nelle manifestazioni biologiche, specie degli organismi inferiori è bene avvertibile un ritmo, per cui si alternano il riposo e l'attività. Nell'uomo tale ritmo si osserva nell'azione cardiaca; secondo le ricerche di Boldyreff però (cfr. *Journal of Am. med. Assoc.*, 30 giugno) vi sono nel nostro organismo altre attività periodiche fin qui inavvertite. Egli ritiene erronea la credenza che il lavorio delle ghiandole e dei muscoli che servono la via alimentare cessi non appena completata l'apparente funzione. Anche a digestione finita, vi sarebbe nell'uomo come negli animali, una nuova secrezione di succo pancreatico ed intestinale, ed una scarica di bile nell'intestino, accompagnata da contrazioni muscolari periodiche di carattere distintamente ritmico. Le ghiandole gastriche e salivari non prenderebbero parte a questa attività che dura circa mezz'ora ogni volta, seguìta poi da un più lungo periodo di riposo.

Il succo pancreatico, secreto in tali periodi sarebbe più ricco di enzimi che quello che si versa nel chimo durante il ciclo digestivo. Le secrezioni ghiandolari versate negli intervalli non digestivi verrebbero assorbite dall'intestino, con gli enzimi disciolti. Contemporaneamente si avrebbe nel sangue un aumento di enzimi proteolitici e lipolitici, come anche del numero di leucociti. Aumenterebbe anche la temperatura sicchè si avrebbe non più un ritmo del solo apparato digestivo, ma un funzionamento periodico di tutto l'organismo.

Lo scopo fisiologico di questa attività sarebbe quello di distribuire alle cellule dell'organismo gli enzimi riassorbiti, in modo da fornire ad esse i fattori indispensabili per l'assimilazione, cioè per i processi anabolici e catabolici delle proteine, dei grassi e degli idrati di carbonio. In tal modo il pancreas acquisterebbe una parte preponderante del metabolismo cellulare, assumendo così in certo modo il significato di una ghiandola a secrezione interna. FIL.

Pubblicheremo prossimamente:

G. BRECCIA. *Di alcuni accertamenti di idoneità al servizio di guerra;*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(859). *Azione dei raggi X sulla glandola tiroide.* — Al dott. U. C., zona di guerra:

La letteratura medica di questi ultimi anni riferisce tentativi di cura dei sintomi d'ipertiroidismo per mezzo dei raggi X. Benchè le osservazioni pubblicate siano in parte contraddittorie, esse tendono a dimostrare che l'azione dei raggi X sulla glandola tiroide si esplichi nel senso di un rallentamento della secrezione. Le osservazioni sperimentali di Zimmern, Batter e Dubus dimostrarono infatti scomparsa quasi completa dell'epitelio glandolare.

William, Beck, Morin, Schwarz, Pierre Marie ed altri nella malattia di Basedow riscontrarono miglioramenti in seguito alla radioterapia. Acchioté provocò involontariamente coll'irradiazione al mento in un caso d'ipertricosi fenomeni missedematosi i quali guarirono coll'opoterapia tiroidea. In un caso di Bergonié, dopo un trattamento intensivo si osservò la caduta dei capelli, apatia, diminuzione della forza muscolare. Molti autori perciò consigliano di agire con grande prudenza nella radioterapia ed alcuni, come l'Eiselsberg, si schierano contro.

Una via di mezzo segue il Beck consigliando l'associazione dei due mezzi di cura, specialmente quando dopo l'intervento persistano fenomeni d'ipertiroidismo.

La sola radioterapia allo scopo di ridurre il volume del gozzo è meno consigliabile; infatti, dalle osservazioni finora esistenti, risulta che nel caso di malattia di Basedow i sintomi che più risentono della cura radioterapica sono i funzionali, specialmente i nervosi ed i cardiaci; è molto più raro constatare una diminuzione di volume del gozzo e dell'esoftalmo.

Nel gozzo senza fenomeni basedowiani è stata applicata la radioterapia da Görl, Stegmann e Schiff i quali hanno constatato diminuzione di volume. Le esperienze ulteriori però (Berger e Schwab ed altri) non confermerebbero tali risultati specialmente se si tratti di gozzi voluminosi.

P. ALESSANDRINI.

(860). All'abb. n. 7964:

Come trattato di patologia generale nel senso da lui indicato, possiamo consigliare: DE MICHELE, *Patologia generale*, Casa ed. Idelson, Napoli, 1912, lire 15; e come testo sulla febbre tifoide: 1° ROGER, *Le malattie infettive*, Unione tipogr. editr. torinese, lire 45; 2° VALENTI, *Dei processi morbosi infettivi*, ed. F. Vallardi, Milano, lire 9.

AZ.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

G. THIBIERGE. *La syphilis et l'armée.* Un vol. in-8° di pag. 196. Collezione Horizon-Masson et C., ed. Paris. Prezzo L. 4.

È opinione unanime dei sifilografi che la frequenza della sifilide è molto maggiore attualmente, che nei periodi che hanno preceduto la guerra; e tale opinione ha un valore assai maggiore che le statistiche, le quali nella fattispecie sono assai fallaci.

Urge quindi porre un argine al dilagare di questa malattia, sia nell'interesse delle popolazioni che per mantenere al più alto grado possibile l'efficienza dell'esercito. Con questi intenti l'A. ha pubblicato una monografia pratica sulla sifilide in cui dopo alcuni capitoli d'introduzione dove tratta della frequenza, dell'origine del contagio e delle conseguenze dell'infezione, passa a considerare la diagnosi dei principali aspetti che la sifilide può assumere nei soldati. Ed insiste giustamente sui possibili errori di chi non è specialista, additando il modo di evitarli. I capitoli seguenti sono destinati ad una larga trattazione del metodo di cura (arsenobenzoli, mercurio) con buone indicazioni di tecnica, ed alla profilassi: specialmente in quest'ultima parte sono citati alcuni lavori italiani ed i provvedimenti adottati nell'esercito nostro.

Rileviamo un particolare curioso e che ci sembra abbia un certo valore per la profilassi militare, che cioè nella zona di operazioni l'infezione è stata trasmessa più spesso da donne che non fanno la professione di prostitute riconosciute o clandestine (donne maritate, sarte, contadine, lavandaie, ecc.); da ciò deriva la necessità di estendere la sorveglianza a tutte le donne che possono essere in qualche modo sospettate.

ini.

Dott. F. MARTA. *Le insidie della spirocheta.* Un vol. in-16° di 78 pagine. F.lli Treves, Milano. Prezzo L. 1.

In questo libretto di volgarizzazione, l'A. espone in modo abbastanza colorito, le diverse vie per cui la spirocheta può entrare nel nostro organismo, dalle più palesi alle meno sospettate e mette quindi in guardia contro tali insidiosi pericoli, che sono annidati dovunque, giustificando il detto di Fournier, che la sifilide è la meno venerea delle malattie veneree.

Al bel lavoro del Marta auspichiamo un largo successo.

ini.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ancora per l'equo trattamento.

Riceviamo e pubblichiamo:

Zona guerra, 19-8-17.

Egregio Direttore,

Mi conceda ospitalità nel suo giornale; sono poche parole e spero vorrà usarmi tale cortesia.

La discussione fra i colleghi Mendes e *Pangloss* per l'equo trattamento agli ufficiali medici, si è chiusa con la serenità che caratterizza due gentiluomini. Io pure, come essi, mi auguro che la dolorosa ingiustizia venga sanata e presto, perchè in una guerra di sì lunga durata, che impone a tutti tanti sacrifici e tanti dolori, è sacrosanto dovere dei dirigenti le sorti della patria tenere sollevato il morale di tutti e specialmente di noi, che da ventisette mesi, senza un giorno di interruzione, stiamo dando tutte le nostre energie in zona di operazioni.

Giorni fa lessi nel fascicolo 31 di codesto giornale che l'Ufficio sanitario militare presso il Ministero si sta elevando alle funzioni di una Direzione generale autonoma; sicuramente essa potrà far molto nell'interesse del nostro servizio e della patria. Vedremo. Certo è, che la posizione morale di noi medici e quella economica sono molto danneggiate, e sentiamo di trovarci a disagio, dopo tutti i servizi resi alla Patria durante la nostra travagliata carriera, accanto al maggiore di fanteria ventottenne, al tenente colonnello di Stato maggiore trentatreenne, ecc. ecc., i quali rispettivamente furono con noi subalterni e dopo di noi capitani!...

Tutti gli ufficiali in questa guerra hanno avuto una, due, e qualcuno tre promozioni; noi capitani medici effettivi, promossi nella fine del 1913 e nel 1914, si sta attendendo invano che il giusto e meritato trattamento venga fatto anche a noi; e certamente cogli ufficiali di fanteria abbiamo vissuto la stessa vita di trincea; come essi abbiamo versato per la Patria il nostro sangue; come essi abbiamo compiuto il nostro dovere quando le raffiche della mitraglia nemica spazzavano il terreno. E sui costoni dolomitici del Trentino e sulle brulle colline dell'Isonzo frequenti croci ed umili epigrafi rammentano il nome dei nostri colleghi, che nell'adempimento del proprio dovere immolarono la giovane vita per la grandezza della Patria!

Ed ancora siamo considerati come *contabili?*

Molti di noi ricordiamo colleghi che ci sono caduti vicino e le squadre dei nostri portaferiti decimate e distrutte. Sul nostro petto stanno i segni tangibili dei doveri adempiuti in numerosi combattimenti ed in più campagne; il nostro organismo mostra le conseguenze di disagi e strapazzi, che le campagne impongono!

E si continua a considerarci *contabili!*

Ma, secondo il mio modo di vedere, le cause di tale situazione presente dolorosissima sono conseguenze dirette di una concezione errata riguardo al Corpo sanitario militare, concezione errata che non valsero a modificare l'esperienza della guerra Libica, nè la guerra presente.

Tutti ricordano che allora fu imposto soltanto a noi subalterni medici di recarci in Libia due volte di seguito, non tenendosi in alcun conto nemmeno gli anni di Africa, che diversi di noi avevamo fatto prima o durante lo scoppio della guerra Italo-Turca.

La verità dei fatti non offende alcuno, perciò io credo di non offendere i colleghi nel dire che i passati ed i presenti trattamenti dipesero e dipendono in gran parte dal poco generoso *krumiraggio* silenziosamente costituito allora dai nostri colleghi borghesi o di complemento per meschine retribuzioni mensili a danno di noi effettivi, piccolo manipolo, di cui si poteva impunemente contendere la carriera ed il pane, senza che uno dei tanti giornali di medicina o qualcheduno dell'Associazione dei medici italiani levasse la voce; mentre si faceva tanto per boicottare condotte e gettare la croce addosso a qualche medico dissidente. Che se ciò non fosse avvenuto, vi sarebbe stata necessità impellente di aumentare l'organico nostro e, quindi, migliorare le condizioni morali ed economiche di noi effettivi, le quali oggi sarebbero state di vantaggio ai colleghi di complemento, ai quali bisognerebbe creare una posizione adeguata alla nostra. Ma l'organico rimase quale era e con esso affrontammo le gravi responsabilità all'inizio di questa guerra.

Non è generoso tornare sul passato ed analizzare quei momenti e quelle circostanze; per tale ragione taccio.

Noi pochi con l'aiuto di tutti i colleghi sopperimmo raddoppiando le energie e i sacrifici; il risultato pratico oggi si vede, ma le giuste ricompense non vennero e gli equi trattamenti non giungono ancora neppure per noi, poichè è logico non considerare equo trattamento il rimanere immobili nel quadro di avanzamento, come accade a molti di noi.

Dott. PAOLETTI V. *Capitano medico.*

Sugli esoneri dei medici dal servizio medico-militare.

Riceviamo e pubblichiamo:

Al principio della guerra furono mobilitati tutti i medici dal 1876 in poi, rimanendo esonerati gli unici ed indispensabili in alcuni servizi civili.

Nel luglio 1916 furono mobilitati quelli dal 1870 al 1875.

Nel novembre 1916 furono revocati gli esoneri precedentemente concessi ai medici nati dal 1884 in qua, mandando a coprire servizi civili, che disimpegnano, degli ufficiali medici di una certa età e che avevano compiuto un anno almeno di servizio in zona di guerra.

Perchè non si fa lo stesso per gli esonerati delle classi 1876-1883 incluse?

Non è giusto che in una categoria di professionisti, la cui grande maggioranza compie da oltre due anni il proprio dovere non meno degli altri cittadini italiani, ci siano dei privilegiati!

Dev.mo abbonato G.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione Nazionale Vigilanza Igienica.

Iscrizione degli U. S. Anziani alla Cassa Nazionale di Previdenza.

Il solerte presidente dell'Associazione Nazionale degli U. S. liberi esercenti, nell'encomiabile intento di risolvere, secondo giustizia, l'importante questione, dirige ai colleghi la seguente lettera che integralmente riproduciamo:

« Agli Ufficiali sanitari del Regno.

Secondigliano, luglio 1917.

Egregi colleghi,

Le onerose condizioni alle quali ci è stato concesso il riscatto, ai fini della pensione, degli anni di servizio prestato anteriormente alla nostra nomina definitiva, hanno impedito alla maggioranza di giovarsi utilmente della previdenza.

Dobbiamo, pertanto, chiedere che ci venga usato un trattamento di riposo pari a quello accordato, con precedenti leggi, ai medici condotti ed ai maestri anziani, e cioè che il sanitario debba solo assoggettarsi al pagamento, entro un decennio, del capitale corrispondente ai contributi per gli anni di servizio prestati antecedentemente alla nomina, mentre il Governo, con uno speciale stanziamento, sopperisca al nuovo onere derivante alla Cassa Nazionale di Previdenza.

Ma per ottenere più facilmente tale equitativa risoluzione, occorre avanzare proposte concrete che, innanzi tutto, stabiliscano, almeno approssimativamente, la portata finanziaria del provvedimento che s'invoca.

Invito, pertanto, i colleghi tutti a volermi fornire, con cortese sollecitudine, tutte le notizie necessarie, per concretare la richiesta da presentarsi al Governo, corredata con dati statistici ed economici il più possibilmente esatti.

Le notizie da trasmettersi sono: 1° cognome, nome e paternità; 2° comune nel quale si è U. S.; 3° data della nomina provvisoria; 4° data della nomina definitiva; 5° numero degli anni da riscattare; 6° stipendio; 7° se iscritto alla Cassa Nazionale di Previdenza, da quale anno e qual somma è stata versata.

In attesa di un cortese riscontro e con l'augurio che le superiori Autorità accolgano benevolmente i nostri voti, invio collegialmente saluti.

Il Presidente dell'Ass. Naz. U. S. liberi esercenti: Dott. ARTURO GRASSI, ufficiale sanitario di Secondigliano (Napoli) ».

La Presidenza Federale, convinta dell'equità della richiesta, non mancherà di propugnare la sollecita attuazione nell'interesse della benemerita classe degli ufficiali sanitari.

Il segretario federale.

ATTI PARLAMENTARI.

Per la indennità caro-viveri.

Ad un'interrogazione dell'on. Molina, tendente a far « provvedere sollecitamente perchè sia evitato il triste spettacolo di pubblici funzionari (di Comuni, Provincie ed Opere pie) inaspriti dalla fame, cattiva consigliera », il ministro dell'Interno ha risposto:

« Nessun provvedimento è stato ancora adottato per estendere ai Comuni, alle Provincie ed alle Opere pie l'obbligo di corrispondere ai rispettivi dipendenti l'indennità caro-viveri, nella misura proporzionale stabilita dal decreto luogotenenziale per gli impiegati dello Stato.

Si sono però fatte e *rinnovate* le raccomandazioni alle amministrazioni degli Enti locali, affinchè provvedessero adeguatamente anche pei propri dipendenti.

Ed ora, con una recentissima circolare, sono state rivolte nuove premure ai prefetti, invitandoli anche ad accertare quali delle dipendenti amministrazioni non avessero ancora provveduto, per poter poi *esaminare*, in base alle notizie che ne risulteranno, *se e quali* provvidenze siano da adottarsi sull'argomento ».

Pei riformati per malattie contagiose.

L'on. De Capitani ebbe a presentare all'on. Orlando un memoriale nel quale sosteneva la necessità di provvedimenti a favore dei militari riformati per malattie contagiose dipendenti dalla guerra e, fra quelli, non pochi tubercolotici, in condizioni assai gravi.

Ora l'on. De Capitani ha ricevuto dal ministro dell'Interno una lettera in cui dice: « Ho fatto presente ai colleghi della guerra e del tesoro l'opportunità di concretare possibilmente per tale categoria di combattenti un provvedimento analogo a quello preso con decreto luogotenenziale 21 giugno 1917, n. 1157 per le spedalità dei militari colpiti da infermità mentale e mi riservo di farti conoscere le determinazioni che saranno state prese sull'importante argomento ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Protezione igienico-sanitaria degli operai nelle industrie di guerra.

Fin da quando vennero promulgati i provvedimenti intesi ad assicurare il rifornimento dei materiali necessari alla nazione in armi, durante lo stato di guerra, e si costituì sotto la presidenza del gen. Dallolio il complesso istituto della Mobilitazione industriale, questo ha reputato opportuno sollecitare l'attuazione sul campo del lavoro di quelle provvidenze igieniche e sanitarie, che si sono sempre dimostrate utili tanto agli interessi della Nazione, quanto a quelli della sanità fisica della classe lavoratrice.

Alcune importanti norme direttive per l'assistenza

sociale alle maestranze minorili e femminili degli stabilimenti ausiliari vennero esposte nella circolare del 30 aprile c. a.; ma il Ministero delle armi e munizioni si riservava di concretare altri provvedimenti a tutela degli operai. E di fatto, a norma del nuovo capitolo aggiunto al Regolamento della mobilitazione, istituiva un Ufficio per la vigilanza igienico-sanitaria sugli stabilimenti ausiliari, prevedendo, presso ogni Comitato regionale, uno o più medici disposti a dare le loro prestazioni per coadiuvarlo nella preparazione e nell'applicazione di norme atte alla tutela della salute degli operai dell'industria di guerra.

Il nuovo Ufficio rappresenta senza dubbio un altro passo sulla via dell'assistenza tecnico-igienico-sanitaria sul campo del lavoro ed inaugura per la prima volta da noi, su larga scala, coll'entrata nelle fabbriche, nuovi rapporti fra medici, industriali ed operai.

L'opera dell'ispettore medico, come è avvenuto pochi anni or sono per l'ispettore tecnico, sarà sopratutto opera di persuasione, di educazione ed istruzione igienica, indirizzata a convincere, da una parte, gli industriali dell'utilità tecnica, economica e sociale di adottare provvedimenti a tutela delle maestranze e, dall'altra, gli operai della necessità di adoperare i mezzi di difesa a loro disposizione e troppo spesso considerati con indifferenza ed ostilità.

Con circol. 16 giugno c. a. il ministro Dallolio tracciava le linee generali dell'attività del nuovo Ufficio e stabiliva il compito dei medici a disposizione dei Comitati, sia nell'ambito dell'igiene industriale (richiesta di un minimo di esigenze igieniche, indispensabili, pei locali di lavoro, per le dipendenze; fonti di informazioni pel medico, ecc.), sia per la parte sanitaria della maestranza (visita preventiva ai minorenni, alle donne adulte, agli uomini nelle industrie particolarmente pesanti ed insalubri, per le quali si può istituire anche un controllo sanitario periodico; denuncia delle malattie professionali, ecc.), sia infine per l'opera di propaganda contro le malattie sociali, alle quali i detti medici potrebbero dare un notevole contributo.

Con successiva circolare 29 stesso mese venivano emanate le istruzioni particolareggiate pel nuovo servizio presso i Comitati: modalità pel rilievo dei dati igienici dei locali del lavoro, norme di igiene generale e speciale per le industrie insalubri, visite preventive e periodiche, controllo delle forme professionali, modalità per la denuncia di queste, che viene fatta in franchigia postale, ecc.

L'allegato 1° della circolare contiene l'elenco delle malattie per le quali si chiede la segnalazione all'Ufficio e nell'alleg. 2° sono esposti, in brevi note, i principali avvelenamenti professionali, trattando con speciale riguardo quelli poco noti o sostenuti da sostanze finora poco usate in Italia.

L'Istituto della mobilitazione industriale fa grande assegnamento sulla preziosa opera di collaborazione che i medici pratici, a contatto diretto cogli operai, possono dare al nuovo Ufficio, segnalandogli tutto quanto può interessare l'igiene, la patologia e l'assistenza sociale delle maestranze delle industrie di guerra.

I medici anzi, che in occasione di cure mediche ad operai, avessero modo di rilevare forme morbose di origine professionale, sono vivamente pregati di chiedere alla Segreteria del Comitato centrale di mobilitazione industriale (Sezione IV), presso il Ministero armi e munizioni od ai Comitati regionali di mobilitazione industrale (sede di Torino, Milano, Genova, Bologna, Roma, Napoli, Palermo) sia le due succitate circolari sulla Vigilanza igienico-sanitaria, come un fascicoletto di moduli per la denuncia in franchigia dei casi venuti sotto la loro osservazione.

Sarà così sempre più facilitato il rilievo di dati, che rappresenteranno un prezioso materiale di studio per l'igienista, il patologo ed il legislatore.

L'Ufficio si augura che i medici vorranno anzi mettersi in rapporto col sanitario a disposizione dei singoli Comitati regionali per quell'opera di diretta assistenza e di profilassi sociale, tanto spesso invocata e che trascende nelle sue finalità il grave momento attuale.

Si ricorda che tutte le comunicazioni e le richieste sia al Comitato centrale, che ai Comitati regionali devono farsi *impersonalmente*, facendo seguire nell'indirizzo l'indicazione « Ufficio di vigilanza igienico-sanitaria ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6936) *Diniego a concedere l'annuale licenza al medico condotto.* — Dott. E. R. da C. — Contro il diniego opposto dal Comune alla concessione dell'annuale congedo, Ella può ricorrere alla G. P. A.

(6937) *Indennità caro-viveri.* — Dott. E. C. da V. — L'indennità caro-viveri non costituisce un diritto per cui si possa ricorrere alla via giudiziaria. È una concessione facoltativa delle amministrazioni comunali, che non vi possono essere obbligate coattivamente. Il medico condotto è un impiegato comunale, ma i rispettivi diritti e doveri sono contenuti esclusivamente nel capitolato.

6938) *Sessennio.* — Dott. G. S. da N. S. — L'aumento del decimo agli effetti dei successivi sessennî si opera sull'ammontare effettivo dello stipendio, che si percepisce all'atto dello acquisto del relativo diritto, salvo che nel capitolato non si disponga diversamente riferendosi allo stipendio iniziale.

(6940). *Indennità caro-viveri agli impiegati comunali.* — Dott. M. C. da Z. di G. — Noi riteniamo che alla indennità caro-viveri, istituita col D. L. del 24 luglio decorso, abbiano diritto anche i medici condotti richiamati sotto le armi, che seguitano a percepire dai Comuni la differenza fra lo stipendio civile e quello militare, tranne che per lo stesso titolo non ricevano identica indennità dalla amministrazione militare, che ha già da tempo concessa.

(6941). *Assistenza sanitaria ai parti.* — Dott. M. G. da V. P. — Ella non ha nessun obbligo di assi-

stere ai parti normali, compito speciale della levatrice condotta. In mancanza di questa, deve il Comune provvedere o nominando una interina o ricorrendo a qualche donna munita di patentino. Ella, però, per legge e per capitolato deve prestarsi a tutti gli interventi ostetrici quando è richiesto dalla levatrice o da chi ne fa le veci nei casi prescritti dallo speciale regolamento. Se, finora, per incarico ricevuto dal Comune ha provveduto da sè anche alla assistenza nei parti normali, ha diritto a speciale compenso.

(6942). *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. O. B. da R. — Essendo state estese agli impiegati comunali tutte le norme stabilite per gli impiegati civili in riguardo al trattamento economico, riteniamo che sieno trattati alla stessa stregua i pensionati comunali e quelli civili dello Stato, chiamati a prestar servizio militare. Epperò riteniamo che anche pei pensionati comunali si fa luogo al pagamento della differenza fra l'assegno civile e quello militare, calcolato il primo sulla base dello stipendio che godeva all'atto del collocamento a riposo, così come si opera per i funzionari dipendenti dallo Stato.

(6944). *Indennità caro-viveri. - Tassa sulle esenzioni dal servizio militare.* — Dott. C. F. da P. sull'O. — Alle condizioni esposte Ella ha diritto alla indennità caro-viveri stabilita per gli impiegati comunali dal D. L. del 24 luglio, nella misura di lire 24 mensili, essendo provvisto di stipendio superiore alle lire 1500 e non oltre 4500. Per il posto che temporaneamente ricopre non ha diritto ad aumento di indennità perchè l'art. 1 del D. L. succitato, al terzo capoverso, dichiara che quando l'impiegato presta servizio presso più enti locali ha diritto ad una sola indennità, che viene ripartita a carico di ciascuno degli enti obbligati proporzionalmente agli stipendi, che corrispondono. Il medico condotto dispensato dal servizio come unico nel Comune agli effetti del R. D. del 13 aprile 1911, è obbligato al pagamento della imposta sulle esenzioni dal servizio militare.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 8523:

Durante lo stato di guerra non sono ammesse le dimissioni dal servizio attivo permanente.

Al dott. A. A. S. da P.:

Potrà far domanda di divenire effettivo soltanto dopo la pubblicazione della circolare che indirà il concorso. Per ora non vi è nessun concorso in vista.

All'abb. n. 664:

Dato il servizio prestato nella Croce Rossa, è probabile che la commissione aggiudicatrice lo ritenga degno del grado di capitano. Non avrebbe però i requisiti strettamente prescritti.

Al dott. D. R. U., Zona di Guerra:

Fu risposto precedentemente; per altro si osserva che la informazione personale che lo riguarda non rientra nella rubrica *Risposte a quesiti.*

All'abb. n. 5439:

Il collega è già stato promosso senza essersene accorto!...

Legga la dispensa n. 61 del bollettino del 10 agosto.

Al dott. C. A., Alessandria:

Lo stipendio decorre dalla data del decreto di nomina.

All'abb. n. 6802:

Per essere nominato capitano per titoli occorre, oltre gli altri prescritti requisiti, di aver incondizionata idoneità fisica a tutti i servizi.

Al dott. L. R., Zona di guerra:

Il collega è sottotenente di milizia territoriale. Se desidera la promozione a tenente *di complemento per titoli* occorre che ne faccia regolare domanda al Ministero della guerra (circolare 159 del G. M. 1916) allegando i titoli (laurea, ecc.).

Tale regolare domanda sarà più efficace di qualsiasi altra *parola*, e probabilmente se l'avesse fatta sarebbe già tenente.

Al dott. N. N., della C. R. I.:

Il collega equivoca i limiti dati dal Ministero (con la circolare 482 del G. M. corrente anno) per la formazione *del quadro di avanzamento* degli ufficiali effettivi e di complemento di sanità, con le date di *effettiva promozione* dei suddetti ufficiali, che servono di norma alle promozioni della Croce Rossa.

Il Ministero, per la Croce Rossa, non dà i limiti pei quadri di avanzamento, perchè si presume che questi limiti se li dia la Croce Rossa stessa.

La differenza di date dipende appunto da che in una circolare si parla di quadri di avanzamento e nell'altra di promozioni già effettuate.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

All'Istituto Pasteur di Parigi, in sostituzione del compianto Metchnikoff, è stato chiamato quale vice-direttore il prof. Alberto Calmette.

Egli ha fondato gl'Istituti Pasteur dell'Indo-Cina e di Lilla; ha scoperto il siero anti-ofidico; è stato un pioniere della lotta contro la tubercolosi: il suo « preventorium » di Lilla è il modello dei dispensari antitubercolari ad azione complessa: anzi è forse stato il primo istituto del genere.

In sostituzione del compianto prof. Landouzy alla cattedra di Clinica medica dell'Università di Parigi è stato chiamato il prof. Widal, già professore di patologia interna nella stessa Facoltà.

Il prof. Poggi Alfonso è confermato nell'ufficio di Preside della Facoltà medica di Bologna per il triennio 1917-1920; dopo il decesso del prof. Pesci, egli funge anche da pro-rettore, come preside anziano.

Il dott. cav. Domenico De Chiara, nostro apprezzato collaboratore, è stato insignito della nomina di ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia. Congratulazioni.

CONDOTTE E CONCORSI.

Cercasi medico-chirurgo interino per Finalmarina e Finalpia (Genova) per il periodo dal 15 settembre al 15 ottobre. Scrivere al dott. cav. Marco Ponziolo a Finalmarina.

NOTIZIE DIVERSE

Il XXVI Congresso della Società italiana di medicina interna.

Il Consiglio direttivo della Società Italiana di medicina interna ha deliberato di indire una riunione della società per trattare specialmente quegli argomenti di medicina militare ai quali oggi si rivolgono più vive l'osservazione e l'attività scientifica dei medici italiani.

Il Congresso, al quale possono prendere parte oltre i soci tutti i medici che si interessano di studi clinici, avrà luogo nella seconda metà di ottobre in una città della zona di guerra: tempo e luogo saranno quanto prima precisati.

La presidenza della Società confida che al Congresso prenderanno parte attiva i molti colleghi che prestano servizio nelle formazioni sanitarie militari ed hanno quindi potuto fare osservazioni e ricerche personali sui vari argomenti all'ordine del giorno, dei quali ricordiamo specialmente *gli itteri castrensi, la malaria nei combattenti, i morbi cardiaci, i morbi renali e la tubercolosi in rapporto al servizio militare, e le sindromi simpatiche nei soldati.*

Ciascuno di questi temi avrà un relatore, che esporrà sinteticamente lo stato attuale della questione e presenterà alcune proposizioni conclusionali a guida della discussione.

Presiede all'organizzazione del Congresso il prof. Luigi Lucatello, direttore della R. Clinica Medica di Padova. Le adesioni al Congresso e l'annuncio di comunicazioni scientifiche devono essere indirizzati al Segretario generale prof. Antonio Berti, della R. Clinica Medica di Padova.

Per la Patria.

Hanno immolato la vita in guerra i dottori:

ALLIANI GIOVANNI, sottotenente medico di complemento, da S. Felice (Modena);

PREVIANI PAOLO, sottotenente medico di complemento, di Torino;

ROSSI ASCANIO, tenente medico di complemento, già assistente nell'Ospedale Maggiore di Parma.

Elargizioni e lasciti.

La signora Maraini, in memoria del compianto marito on. Emilio, aveva elargito 130,000 lire alla Croce Rossa; questa ora le ha destinate all'acquisto di un magnifico edifizio presso Fara Sabina, per la creazione di un Istituto climatico con 150 letti, i quali potranno aumentare, essendo l'edifizio circondato da un vasto appezzamento di terreno boschivo, ove potranno sorgere altri casamenti o padiglioni.

La nuova casa di cura verrà intitolata al Maraini. Potrà accogliere i primi sofferenti nel prossimo autunno.

La signora Bianca Cavaglieri, per onorare la memoria del defunto suo marito prof. Guido Cavaglieri, aveva posto a disposizione del sindaco di Roma la somma di lire 20,000, perchè fosse erogata a vantaggio di Istituzioni cittadine di beneficenza.

Il sindaco ha ora distribuito l'ingente somma, assegnando L. 3000 alla Lega Nazionale contro la tubercolosi, L. 2000 alla Società Romana «Pro Infanzia», L. 1000 all'Asilo materno, L. 1000 alla Casa del latte «Principessa Giovanna», L. 1000 all'Istituto di Puericoltura, L. 1000 al Laboratorio per i ciechi, L. 2000 a colonie estive ed ospizi marini, L. 9000 ad altre istituzioni varie.

Il sig. Luigi Coccini, orefice, morto a Milano, ha disposto un legato di lire 50,000 a favore di quell'Ospedale Maggiore.

È morto a 76 anni il prof. THEODORO KOCHER, direttore della clinica chirurgica dell'Università Cantonale di Berna, decano dei chirurgi svizzeri.

Padrone assoluto della tecnica, spirito inventivo, è stato uno dei chirurghi più quotati. La sua opera principale è il «Corso d'operazioni chirurgiche», edita in tedesco e tradotta in francese, inglese, italiano e russo. Si è occupato delle operazioni sul cervello e sul midollo spinale, delle fratture, ecc.; ma il suo nome rimarrà associato specialmente alla chirurgia del gozzo parenchimale ed alla descrizione della cachessia strumipriva, da lui data al Congresso di Berlino nel 1883. Il suo nome è stato volgarizzato anche dal suo processo di riduzione della spalla e da un'eccellente pinza. La sua scuola era frequentatissima.

Era stato chiamato alla cattedra in età di 31 anni e vi rimase per oltre mezzo secolo.

Indice alfabetico per materie.

Adrenalina: inconvenienti nell'uso . . . Pag. 1082
Atti parlamentari . . . . » 1085
Atropina: fase stimolatrice . . . . . . » 1081
Brefotrofi: riforme . . . . » 1075
Calcoli vescicali nei bambini: cura chirurgica . . . . » 1078
Carni insaccate: ricerche . . . . . . » 1079
Chirurgia cranio-cerebrale . . . . . . » 1078
Ciste del pancreas d'origine luetica . . » 1079
Cloruro d'ammonio: azione espettorante . » 1081
Ferite degli arti da arma da fuoco . . . » 1067
Glandola tiroide: azione dei raggi X . . » 1083
Laparatomie: apparecchio conta-pannilini . . . . Pag. 1077
Localizzazioni cerebrali . . . . » 1076
Operai delle industrie di guerra: protezione igienico-sanitaria . . . . . . » 1086
Sifilide: osservazioni cliniche . . . . . » 1061
Tumori del ponte . . . . » 1080
Ufficiali medici: ancora per l'equo trattamento . . . . » 1084
Ufficiali medici esonerati . . . . . . » 1084
Valvole aortiche dei bovini . . . . . . » 1079

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 2 settembre 1917* Fasc. 36.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Questioni del giorno: E Maragliano: La tubercolosi considerata specialmente in rapporto alla medicina militare. — **Osservazioni cliniche**: C. Verdozzi: Osservazioni cliniche sulla infezione sifilitica. — **Note e contributi**: G. Zanetti: Contributo all'uso della soluzione iodo-benzolica nella pratica chirurgica. — **Sunti e Rassegne**: MEDICINA: French: I sintomi degli aneurismi dell'aorta. — **Accademie, Società mediche, Congressi**: Società medica di Modena. — Società medica di Parma.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Sintomi clinici e diagnosi del paratifo A al campo. — Da che dipende la differente mortalità per gangrena gassosa in pace e in guerra? — Sul tetano post-serico. — TERAPIA: Vaccinoterapia della pertosse. — Sul trattamento specifico della paralisi infantile. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Gli effetti patologici dell'ossigeno. — **Posta degli abbonati**. — **Varia**: Sistema per conservare a lungo il pane. — **Cenni bibliografici**. — **Pubblicazioni pervenuteci**.

Nella vita professionale: L. Marchese: A proposito dell'on. Brunelli. — Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari**. — **Risposte a quesiti e a domande**. — **Nomine, promozioni ed onorificenze**. — **Albo d'oro**. — **Condotte e concorsi**. — **Medicina sociale**: La lotta contro la tubercolosi e la Lega Nazionale Antitubercolare. — I lavoratori della terra assicurati contro gli infortumi sul lavoro. — **Notizie diverse**. — **Indice alfabetico per materie**.

QUESTIONI DEL GIORNO.

La tubercolosi considerata specialmente in rapporto alla medicina militare [1]

per il prof. EDOARDO MARAGLIANO, senatore del Regno, consulente del corpo d'armata territoriale di Genova.

L'esperienza in questi due anni di guerra ha dimostrato che fra i medici in servizio di sanità nell'esercito regna molta incertezza sui criteri direttivi per la diagnosi della tubercolosi agli effetti del servizio militare.

(1) E per l'importanza vitale dell'argomento e per l'autorità dell'A., riportiamo — data la deficienza di spazio lievemente ridotto — col consenso dell'A., questo articolo dal *Giornale di Medicina militare*, fascicolo VII, 1917.

È quindi opportuno nello interesse dell'esercito, che vuole solo uomini validi, vedere ciò che nello stato attuale delle nostre cognizioni scientifiche si deve stabilire in proposito. Perchè, ed è ovvio, a nessuno è permesso giudicare a base di vedute personali in questioni di pubblico interesse.

I. PRELIMINARI PATOGENETICI. — È utile anzitutto ricordare alcune proposizioni fondamentali sulla patogenesi delle malattie tubercolari:

1. Il B. della tubercolosi penetrato in un tessuto qualsiasi dell'organismo, può quivi localizzarsi e restarvi ignorato ed innocuo fino a che l'attività biologica del tessuto è capace di esercitare un'azione coibente sul bacillo medesimo.

Di questa situazione si può avere anche, non sempre, la prova, dimostrando nel suo sangue

la presenza di anticorpi tubercolari, mentre non vi si trovano antigeni.

2. Se il tessuto non è in condizione di esercitare la propria difesa, o perchè inizialmente poco resistente, o perchè per condizioni sopravvenute ha diminuita e perduta la propria resistenza, il bacillo si moltiplica nel tessuto medesimo e crea coi suoi veleni lesioni di grado diverso, che possono restare circoscritte o possono progredire fino alla distruzione del tessuto medesimo.

Se l'organismo non possiede materiali neutralizzanti a sufficienza, ne deriva uno stato tossiemico, che turba la nutrizione generale e che, toccata una certa misura, turba l'economia termica. Così si hanno le distrofie e la febbre.

In questo stato di cose si dimostrano nel sangue antigeni tubercolari, con assenza di anticorpi o piccola quantità di essi.

Secondo la natura del tessuto e la possibilità di penetrarlo colle nostre indagini, si possono più o meno scoprire le alterazioni in esso indotte dall'infezione.

Non sempre lesioni anche considerevoli di tessuti sono dimostrabili direttamente. Vi hanno, quindi, malattie tubercolari, per le quali non si può giungere alla dimostrazione diretta delle localizzazioni morbose.

Come conclusione generale sulla patogenesi delle malattie tubercolari devesi ritenere: che esse sono legate alla misura di resistenza che l'organismo è capace di opporre al batterio patogeno, che può restare per molto tempo circoscritto ed occulto, per dilagare appena la resistenza vien meno.

II. DATI SEMEIOLOGICI. — Le malattie tubercolari del polmone possono esistere:

a) senza segni e sintomi fisici apprezzabili;

b) con segni fisici apprezzabili.

Puossi affermare, che nello svolgimento di una malattia tubercolare del polmone, vi ha un periodo *in cui non si ha alcun segno fisico apprezzabile;* mentre, *per quanto eccezionalmente*, si hanno casi in cui, fino ad esito letale, non si riscontrano all'esame fisico segni valutabili.

In assenza di segni fisici la diagnosi è pur sempre possibile con ricerche ed accorgimenti, di cui diremo in appresso.

I segni fisici che si sogliono trovare sono dovuti:

a) *ad ispessimenti dipendenti da neoformazioni connettivali* (sclerosi) *o da infiltrazioni alveolari;* o dai due fatti riuniti, con o senza ispessimenti pleurici corrispondenti.

Per essi si ha mobilità minore della parete toracica corrispondente al lato colpito — aumento del fremito vocale, che manca però, se si hanno ispessimenti pleurici, — diminuzione di risonanza alla percussione, che può raggiungere una spiccata ottusità;

b) *a stenosi bronchiolari*, che hanno per equivalente fisico all'ascoltazione asprezza di respiro, ronchi, espirazione prolungata, inspirazione intercisa;

c) *ad essudati intralveolari*, che hanno per espressione fisica rantoli a piccole bolle inspiratori ed espiratori fissi;

d) *ad essudati bronchiolari*, che sono caratterizzati da rantoli mobili negli atti respiratori;

e) *a focolai distruttivi dei polmoni*, che sono caratterizzati plessicamente ed acusticamente da quella serie di fenomeni fisici che hanno in semeiologia il nome di *cavitari;*

f) *a pleuriti secche od essudative*, che si associano alla malattia polmonare e che hanno la fenomenologia fisica loro propria e bene nota.

III. INDAGINI DI LABORATORIO. — Oltre i segni fisici vi possono essere dati forniti da indagini di laboratorio, cioè:

A) *Esame microscopico dello sputo.* — Questo è rivolto a constatare:

1° la *presenza di bacilli della tubercolosi.* — Quando si trovano il reperto ha significato univoco. La diagnosi è accertata.

Il reperto negativo non ha significato negativo: devono essere ripetute le indagini ed anco quando siano tutte negative, il soggetto relativo può essere egualmente un malato di tubercolosi. Bisogna a tale uopo ricordare che la presenza dei bacilli è ordinariamente connessa al disfacimento ed alla fusione di qualche nodulo tubercolare: quindi la loro comparsa dimostra che in qualche punto la fusione è avvenuta.

Bisogna anche ricordare che essudati alveolari contenenti bacilli, possono non essere emessi, quindi si può avere reperto negativo, anche quando esistono le condizioni capaci di farlo positivo;

2° la *presenza o no di fibre elastiche.* — Questi elementi sono indici di un processo distruttivo. Possono trovarsi quando ogni reperto fisico è negativo: si hanno abitualmente uniti ai bacilli, ma si possono avere anche senza di questi.

Quando si hanno debbono ritenersi patognomonici di un processo tubercolare sempre quando si possa escludere l'ascesso polmonare, la gangrena polmonare, l'esistenza di bronchiectasie. Siccome questi stati morbosi hanno una fisionomia loro propria, la quale non può confondersi con quella di una tubercolosi iniziale o circoscritta, allo stato di latenza assoluta o rela-

tiva, la loro presenza può in molti casi avere significato diagnostico di primo ordine.

B) *Indagini ematologiche*:

1° *constatazione di bacillemia tubercolare.* — Esistendo è univoca. *Si può avere anche in casi* nei quali sono assenti i fenomeni fisici e non si hanno bacilli.

2° *constatazione di antigeni tubercolari nel sangue.* — È questo pure un reperto che *assolutamente* indica che in quel dato soggetto esistono in qualche punto dell'organismo focolai tubercolari, i quali versano in circolo i loro prodotti. È un'indagine delicata, non difficile per chi ne conosce la tecnica e conosce la tecnica di indagini somiglianti basate tutte sulla così detta deviazione del complemento.

3° *determinazione della formola leucocitaria*, la quale ha un significato puramente accessorio nelle due deviazioni dal normale.

C) *Ricerca del bacillo tubercolare nelle urine.* — È un'indagine che non deve mai essere trascurata, in casi sospetti, nei quali purnondimeno non si riesca a dimostrare la presenza di alcun focolaio morboso.

La tubercolosi del rene allo stato di latenza, è molto più frequente di quello che si creda comunemente.

IV. RADIOLOGIA E REAZIONI BIOLOGICHE. — L'*esame radiologico* fornisce altri importanti elementi diagnostici. È necessario praticarlo sempre.

Non credo opportuno enumerare tutto quello che con questa indagine si può constatare.

Ricordo soltanto:

a) gli opacamenti apicali di maggiore o minore intensità, sempre sospetti;

b) i focolai peribronchiali;

c) l'ingrossamento dei gangli ilari;

d) le perdite di sostanze, cui accenno intenzionalmente, perchè in soggetti che non ne presentano *i segni fisici abituali*, la radioscopia mette in evidenza qualche volta cavernule o caverne di varia dimensione.

Non si dimentichi *che i reperti radiologici negativi* non escludono una malattia tubercolare

Non si dimentichi che i dati radiologici per essere attendibili devono essere raccolti da veri e propri specialisti.

Vi è un gruppo di *reazioni biologiche specifiche*, le quali rendono grandi servigi alla diagnosi.

a) *Le reazioni tubercoliniche.* — Di queste ha maggiore importanza quella che si può avere colla iniezione sottocutanea di tubercolina, caratterizzata da elevazioni termiche e da modificazioni fisiche nei tessuti colpiti.

In soggetti sospetti, *apiretici e nei quali non esistano focolai bronco-alveolari dimostrabili* è necessario iniettare addirittura non meno di due milligrammi e meglio tre: specialmente trattandosi di ricerche, le quali devono essere condotte per quanto più è possibile con rapidità. Quando esistono focolai bronco-alveolari, basta iniettare un solo milligrammo e anche meno.

Bisogna far bene attenzione di avere una tubercolina di conosciuta efficacia ed a titolo costante e conosciuto.

Accennai testè, oltre alle reazioni termiche, a quelle locali; queste sono poco ricercate: eppure meritano di esserlo.

È quindi opportuno quando si fa la iniezione di tubercolina, esplorare il petto due volte al giorno durante i tre giorni consecutivi alla iniezione, perchè in soggetti che non presentavano alcun fatto acustico, si possono vedere comparire ronchi ed anche rantoli, che poi successivamente svaniscono.

La *cutireazione* provocata per mezzo delle tubercoline, è anche utilmente impiegata; meno, l'*oftalmoreazione*.

La reazione alle iniezioni di tubercolina è quella che dà i risultati più sicuri.

b) *Le reazioni all'joduro di potassio.* — Un grammo di joduro di potassio in una sola presa, in soggetti con localizzazioni tubercolari latenti, può dare i medesimi risultati della iniezione di tubercolina: comparsa di fatti acustici.

V. DATI D'ORDINE CLINICO. — Vi è un gruppo di dati che chiamerò *clinici*, i quali hanno pur sempre un grande valore quali elementi diagnostici. Enumero i principali:

a) *La labilità dell'equilibrio termico.* — Intendo con questo accennare ad una tendenza alle evoluzioni termiche, sopra la media personale, ogniqualvolta intervenga qualche fatica fisica. È un dato che è facile ad indagarsi nei militari.

b) *Le elevazioni termiche episodiche o quotidiane* sulla media personale, senza alcuna altra ragione che le possa spiegare.

c) *La distrofia organica*: infiacchimento della nutrizione generale in soggetti che non presentino alcun dato capace di giustificarla e di spiegarla. Talvolta si verifica un ingrassamento progressivo che si avvicina alla vera e propria polisarcia.

In ordine a queste varietà notate nello stato di nutrizione generale è a notarsi che esse dipendono dalla esistenza o no di tossiemia, che come è noto deve ritenersi legata alla diffusione dei veleni tubercolari in circolo.

Vi sono, e non pochi, casi di malattie tuberco-

lari, nei quali, pur essendo accentuati ed anche estesi i fatti locali, non si ha tossiemia e quindi manca il dimagramento ed è possibile il mantenimento di buone condizioni generali, che traggono in inganno quando non si proceda a più minute indagini.

VI. LA EVOLUZIONE DELLE MALATTIE TUBERCOLARI. — È opportuno stabilire alcuni punti saldi nella evoluzione delle malattie tubercolari e di quelle del polmone anzitutto.

Quando si faceva la tubercolosi equivalente della tisi e non si parlava di tisi che come espressione di tubercolosi, l'attenzione del medico non si fermava sulla evoluzione del morbo così inteso, poichè sostanzialmente era sempre la stessa e progressivamente fatale.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze si deve avere sempre innanzi alla mente la legge fondamentale che governa l'evoluzione della tubercolosi nell'organismo umano, cioè che le malattie tubercolari procedono a tappe, hanno periodi di silenzio e periodi di attività: silenzio quando la difesa organica neutralizza l'azione del bacillo e dei suoi veleni, attività quando, diminuendo la resistenza organica, l'agente infettante prende il sopravvento.

Queste alterne vicende si hanno in ogni periodo del morbo e variano anche in rapporto alla efficacia dei mezzi curativi impiegati.

A queste vicende è collegata la evoluzione dei fatti locali e dei fatti generali.

La così detta *guarigione clinica*, nella quale non si hanno più fatti morbosi attivi locali e le condizioni generali assumono le note di una perfetta sanità, ha per equivalente uno stato di equilibrio nell'organismo, durante il quale la difesa è superiore all'offesa e la sovrasta.

Se tutti i medici si penetrassero bene di queste verità, molte persone vivendo colle opportune cautele, potrebbero vivere indefinitamente; se le ricordassero sempre i medici militari, eviterebbero di mettere al cimento della vita militare organismi che si trovano in questo stato di equilibrio, che ad ogni scossa può essere rotto.

VII. FORME CLINICHE. — Le forme cliniche delle malattie tubercolari del polmone che si possono presentare al medico militare sono:

A) *Le completamente latenti.* — Sono soggetti che non presentano alcun dato obbiettivo che le possa in qualche modo segnalare: escono abitualmente da famiglie nelle quali è ereditaria la tubercolosi, ma non presentano alcuno dei segni visibili che possono far nascere il sospetto di una malattia tubercolare. Nel sangue di questi soggetti si possono trovare antigeni tubercolari con anticorpi in quantità preponderante. Se sottoposti alla prova della tubercolina, dànno reazioni positive. Non solo i sintomi della malattia mancano, ma si tratta spesso di soggetti floridi all'aspetto, con tutte le note complessive di una piena salute. Talvolta in piena floridezza una improvvisa emottisi viene a dimostrare, in modo sicuro, la preesistenza della tubercolosi.

Queste forme di tubercolosi finchè sono completamente latenti non possono essere valutate dal medico militare.

B) *Le incompletamente latenti.* — Si tratta di soggetti che non hanno alcuna lesione locale dimostrabile delle vie aeree, ma che pur presentano altri segni sospetti.

Essi escono da famiglie di tubercolosi ed hanno le note abituali della gracilità, e masse muscolari flaccide, oligoemia, limitato sviluppo toracico, spesso a tipo paralitico.

Nella loro storia troviamo ricordo di speciale vulnerabilità delle mucose e ne troviamo anche le tracce in quelle del naso, del laringe, delle congiuntive: vi sono stati catarri bronchiali. Nel complesso presentano la sindrome della così detta scrofolosi torpida, più raramente di quella eretistica, frequenti ingrossamenti dei gangli linfatici: ma nulla all'esame fisico delle vie aeree.

Il medico oculato deve entrare in sospetto. Le iniezioni di tubercolina provocano reazioni termiche e reazioni locali: l'esame radiologico mette spesso in evidenza le adenopatie ilari e l'esame del sangue rivela antigeni tubercolari: si rivela la labilità termica ed anche le elevazioni febbrili periodiche e metodiche.

Questi soggetti non debbono essere accettati nell'esercito.

C) *Le forme apicali circoscritte.* — Si tratta di soggetti che hanno modificazioni fisiche *circoscritte* ad un apice polmonare. Esse consistono: in *diminuzione di risonanza*, in *fatti bronchiolari* caratterizzati da inspirazione intercisa e da espirazione prolungata: oppure in *fatti broncoalveolari* caratterizzati da rantoli a piccolissime bolle inspiratorî od espiratorî e talora anche a carattere consonante. La tosse non è molesta e talora manca. Di espettorato o non ve ne ha, od è abitualmente scarso.

Queste forme sono od *apiretiche* o *febbrili* ed abitualmente unilaterali. Nelle *apiretiche* si ha ordinariamente buona nutrizione. Nelle *febbrili* i fatti distrofici sono più accentuati: le temperature sono di consueto ad elevazione mite e vespertina.

L'espettorato dà risultati differenti. I bacilli

si trovano, ma non costantemente: qualche volta si trovano fibre elastiche.

D) *Broncoalveoliti più o meno diffuse.* — Anche queste sono d'ordinario unilaterali, anche queste apiretiche o febbrili, con deperimento o senza deperimento. Nell'espettorato compaiono più facilmente i bacilli e le fibre elastiche. Esse segnano un progresso sulle forme circoscritte.

E) *Broncoalveoliti distruttive.* — Queste nella evoluzione delle malattie tubercolari rappresentano uno stadio più avanzato delle forme precedenti.

Localmente in esse si trovano fenomeni cavitari: la radioscopia e la radiografia dimostrano perdite di sostanza in soggetti prima che si verifichi la classica fenomenologia obbiettiva.

Anche in esse la tossiemia non è costante, per cui non sono costanti il dimagramento e la febbre.

F) *Tisi polmonare.* — Questa segue l'evoluzione ultima della malattia tubercolare quando nuove infezioni si associano alla tubercolare e, mentre localmente il processo si diffonde e distrugge, la tossiemia annienta la vitalità di tutti i tessuti.

G) *Forme sclerotizzanti.* — Queste sono molto frequenti e rappresentano, dirò quasi, un punto fermo nella evoluzione delle malattie tubercolari del polmone. Esse hanno quale equivalente anatomo-patologico neoformazioni di tessuto connettivo più o meno estese, per cui localmente si hanno tutti i segni fisici di un addensamento del polmone. In esse non si hanno fatti di tossiemia; sono apiretiche; la nutrizione si mantiene bene e può anche essere floridissima. Colle sclerosi si trovano frequenti bronchiectasie.

Anche le emottisi sono frequenti in questi soggetti e succede che nel sangue emottoico si trovino bacilli, che non si trovano più ad emottisi sedata.

VIII. CRITERI DIAGNOSTICI. — La *diagnosi* delle malattie tubercolari e di quelle del polmone, sovratutto, presenta frequentemente al medico militare difficoltà, che sono maggiori in quanto manca a lui spesso il soccorso dei dati anamnestici, essendo rari i casi in cui egli possa senza sospetto conoscere il passato degli infermi e delle loro famiglie. Egli può solo fidarsi di quei dati che furono constatati e raccolti in ambienti militari: istituti, collegi, infermerie, ospedali e di cui abbia documento sicuro a mano, o di quelli che risultino a lui dall'esame del soggetto. Vi sono infatti precedenti morbosi caratteristici che lasciano stigmate, come succede:

a) per le *tubercolosi chirurgiche*, anche guarite, dimostrabili dai loro postumi nelle articolazioni e nelle masse muscolari (ipotrofie ed atrofie più o meno estese);

b) per le *tubercolosi cutanee*, sia in atto, sia pei postumi loro caratteristici, come succede per il lupus;

c) per le *pleuriti pregresse;*

d) per le *otiti croniche purulente;*

e) per le *adenopatie.*

I casi in cui il medico militare deve decidere si possono dividere in due grandi gruppi: in quelli in cui si hanno bacilli della tubercolosi nello sputo ed in quelli nei quali non si hanno.

1° *Casi con bacilli.* — È necessario anzitutto ritenere che non sempre la presenza è costante. Quando la constatazione è stata fatta in ambiente militare in momento favorevole, quand'anco *successivamente non sia più dato riscontrarli,* quel reperto positivo accertato in modo non dubbio, assume significato decisivo.

Constatata la presenza del bacillo, in ambiente militare, la diagnosi non può essere dubbia e *senz'altro* il soggetto deve essere eliminato dall'esercito: qualunque siano le sue condizioni generali, *non possono e non debbono influire sulla decisione.*

2° *Casi senza bacilli.* — Questi soggetti si possono dividere a loro volta in due gruppi:

A) *Soggetti con lesioni fisicamente dimostrabili.* — Queste lesioni hanno per esponente i fatti fisici che debbono ritenersi *caratteristici:*

quando siano localizzati in un solo polmone;

siano circoscritti;

coesistano con fatti di addensamento polmonare;

non siano accompagnati da fenomenologia acuta.

L'assenza di fenomenologia acuta dimostra che si tratta di processi a lenta evoluzione, di cui l'addensamento dimostrabile è spia sicura.

Quando questo si verifica, la *diagnosi clinicamente è indubitabile.*

La *sclerosi polmonare* in soggetti ad apparenza sana ed in buone condizioni di nutrizione generale, lascia esitante talora il medico nel proprio giudizio.

È vero che si possono avere sclerosi polmonari anche in soggetti non tubercolosi e per cause professionali. È vero, ma prescindendo dal fatto che sono rarissime ed anche dubbie, l'esitanza non sarà possibile:

1° quando si tratti di *soggetti i quali non esercitano alcuna di quelle professioni* in cui si trovano queste sclerosi dubbie (permanenza in ambienti ove si respirano pulviscoli di metallo, di lana, di carbone, ecc.);

2° quando il soggetto nel quale si ha la sclerosi presenti stigmate di malattia tubercolare pregressa (tubercolosi chirurgiche, tubercolosi cutanee, adenopatie, ecc.).

Oltre ai casi con fatti fisici dimostrabili fin qui menzionati, vi sono quegli altri in cui le alterazioni sono più accentuate ed estese: fatti bronco-polmonari diffusi con caratteri di cronicità e fatti cavernosi.

Se talora anche qui possono essere assenti i bacilli, la diagnosi diviene certa, innanzi al complesso dei fatti fisici (avvallamenti toracici, addensamenti polmonari e fatti distruttivi).

L'esame radiologico completa i dati semeiologici. La dimostrazione di fibre elastiche può illustrarli. I *fenomeni fisici enunciati* però accompagnati da stigmate di cronicità, rendono sicura l'esistenza della malattia tubercolare.

B) *Soggetti senza lesioni fisiche semeiologicamente dimostrabili.* — Questi sono i casi nei quali la diagnosi presenta difficoltà. Ne ho già detto a proposito delle forme *latenti*: applicando i dati ivi enunciati sarà possibile anche spesso addivenire alla diagnosi.

Merita di essere specialmente valutato lo stato della nutrizione che il medico militare prende troppo spesso a guida principe del proprio giudizio. Precisamente in materia di malattie tubercolari questo criterio è un criterio fallace.

Il giudizio sulla tubercolosi deve essere pronunciato puramente in base a questo quesito: *Esiste o no una malattia tubercolare nel soggetto che esamino?*

E se la risposta, *la quale non può essere, non deve essere basata sullo stato della nutrizione,* è positiva, qualunque forma la tubercolosi rivesta, una sola soluzione è possibile: eliminare l'uomo che abbiamo in esame.

Non vi sono graduazioni da fare, non vi sono temperamenti medi di fronte a queste due grandi verità:

1ª *Il tubercoloso che è in uno stato eccellente di nutrizione è tale per uno stato di equilibrio che ad ogni istante, ad ogni piccolo urto si rompe;* quindi non può essere utilizzato in alcun modo in ambienti militari, in mezzo ai quali può essere e può divenire eventualmente dannoso.

2ª *Nessun medico* può autorizzarsi a ritenere che un tubercoloso abbia la resistenza necessaria, per affrontare le cause deprimenti della vita militare, tanto in zona di guerra quanto fuori della zona di guerra.

IX. CONCLUSIONI FINALI. — Quando un soggetto presenta dati sufficienti per dimostrare che esiste in lui una malattia tubercolare, non deve essere ammesso nell'esercito.

Per una parte di questi casi il giudizio può essere immediato e non richiede ulteriori ricerche.

Fra questi:

1° Le *sclerosi polmonari* in soggetti che presentino postumi di malattie tubercolari già antecedentemente localizzate in altre parti del corpo.

2° Le *bronco-polmoniti circoscritte o diffuse* che presentino i dati della cronicità.

3° Le *forme cavernose.*

Per le altre forme è bene ricorrere ad altre indagini.

E prima di chiudere credo opportuno richiamare l'attenzione degli egregi colleghi che esercitano funzioni militari sul compito che la Nazione, e per conto di essa il Governo, loro assegna in questa materia.

Dalle discussioni parlamentari, dalle esplicite dichiarazioni dei ministri, dalle circolari del Ministero della guerra, emerge questo: che la Nazione ed il Governo non vogliono assolutamente nell'esercito tubercolosi, nè grassi, nè magri: vogliono che i tubercolosi riconoscibili come tali alla stregua delle nostre odierne cognizioni scientifiche siano risolutamente eliminati dagli ambienti militari.

Fra i tanti documenti ricordo:

a) Che il ministro della guerra, come risulta dagli atti ufficiali del Parlamento, ha pronunciato queste testuali parole:

« L'amministrazione militare vuole individui « sani, soldati validi e non soldati che ingombrino gli ospedali e le infermerie ».

b) Che in una circolare, in data 13 marzo 1917, il ministro della guerra scriveva così:

« Risulta al Ministero che malgrado le ripe- « tute circolari emanate dallo Ispettorato di sa- « nità militare e dal Ministero stesso, nell'inten- « to di rendere sempre *più rara l'ammissione « nell'esercito di ammalati di tubercolosi, le au- « torità sanitarie militari* non hanno dato ab- « bastanza opera ad assecondare le direttive « suddette ».

Ed in essa raccomanda ai medici militari incaricati delle visite presso i consigli di leva, presso i distretti e presso i corpi di truppe di usare la massima oculatezza per impedire che soggetti tubercolosi siano ammessi nell'esercito.

c) Che con circolare in data del 15 aprile 1917 il ministro della guerra lamentava che fossero inviati nei reparti di accertamento ammalati affetti da *lesioni tubercolari, così gravi*

ed avanzate da rendere possibile la diagnosi coi comuni mezzi clinici.

Fatto questo impressionante, perchè dimostra che si era esitato *perfino* a liberare l'esercito da soggetti in tali condizioni.

Dopo ciò bisogna convenire che ci troviamo innanzi ad un equivoco che bisogna chiarire.

L'equivoco è questo: una parte degli egregi colleghi che prestano servizio sanitario, con intenti senza dubbio patriottici, desiderarono finora di mantenere quanto più era possibile nell'esercito soggetti ancora in condizioni, a giudizio loro, di prestare qualche servizio, per quanto tubercolosi.

La Nazione invece ed il Governo non ne vogliono nessuno, nessuno. È quindi opportuno seguire la via tracciata da chi ha la responsabilità della composizione dell'esercito, non fermarsi solo innanzi alla tisi, come sinora troppo spesso si è fatto, ma alla tubercolosi per lieve e mite che paia: è un servizio che si rende oggi all'esercito e pel domani al paese.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

REPARTO MAGGIORANI DELL'OSPED. DI S. GIOVANNI
Diretto dal prof. A. BIGNAMI.

Osservazioni cliniche sulla infezione sifilitica.

Dott. C. VERDOZZI, aiuto.

(Continuazione e fine; vedi fascicolo 35).

III. CASI CLINICI DI SPECIALE INTERESSE.

a) Osteo-artropatia del ginocchio destro.

È noto come quasi tutti i sintomi e le lesioni anatomiche che si osservano nella tabe possono presentarsi isolati all'inizio della malattia e persistere per anni senza che sopravvengano i segni che permettano di formulare la diagnosi di tabe.

Ho avuto occasione di vedere parecchie volte entro un lungo periodo di anni un malato presentante crisi vescicali e rettali con siero reazione di Wassermann positiva, senza che fosse possibile ricontrare in lui altri sintomi di tabe.

Nella malata, di cui qui trascrivo la storia clinica in dettaglio, si osservava una enorme tumefazione del ginocchio destro indolente, della grandezza di una testa di feto, e contenente un liquido sanguinolento. Alla radiografia i capi articolari si mostravano notevolmente erosi e deformati; la deambulazione era facile pur acquistando l'arto una posizione deforme. Nessun altro sintoma di tabe era presente nell'inferma, se si eccettui l'assenza del riflesso rotuleo dall'altro lato. La reazione di Wassermann era positiva.

B... M..., di anni 41, donna di casa. Entra in ospedale il 27 luglio 1912.

Diagnosi clinica. — Osteo-artropatia del ginocchio destro.

Reazione di Wassermann positiva (+ +).

Cutireazione tubercolina (istituto Pasteur di Parigi), positiva.

Anamnesi. — Nulla di notevole dal lato ereditario. (Il padre è morto in età avanzata, la madre di polmonite crupale; ha fratelli e sorelle viventi e sani). Prima mestruazione ad 11 anni; le successive sono state sempre regolari. Contrasse matrimonio all'età di 19 anni: il marito è vivente e sano: non ha sofferto mai di malattie veneree nè cefalea, dolori ossei, ecc.

Ha avuto 11 gravidanze; in una di queste si ebbe la morte del feto, l'espulsione del quale avvenne 15 giorni dopo; in un'altra si ebbe un parto prematuro a 7 mesi ed il figlio morì dopo 8 giorni. Fra il 1° ed il 2° parto ebbe un aborto di tre mesi.

Degli 8 figli sei sono morti per malattie varie (tubercolosi polmonare, esantemi dell'infanzia, ecc.). L'inferma ha goduto sempre buona salute. Non è bevitrice. Nega lues. Quattro giorni prima dell'ultimo parto (14 febbraio 1912) mentre accudiva alle faccende domestiche, le si piegò improvvisamente il ginocchio destro e cadde. Non provò alcun dolore, ma non fu in grado di rialzarsi da sola: dopo circa 24 ore notò come il ginocchio destro e la gamba corrispondente sino al collo del piede si fossero notevolmente tumefatti. La tumefazione a carico della gamba scomparve pochi giorni dopo il parto; il ginocchio invece rimase aumentato di volume, non impedendo però la deambulazione nè la flessione ed estensione della gamba sulla coscia. Anche oggi l'inferma può camminare a lungo senza stancarsi e la stazione eretta non le provoca alcun fastidio benchè l'articolazione del ginocchio destro sia notevolmente deformata.

Non accusa altri disturbi; non ha tosse; l'appetito è conservato; alvo e minzioni regolari.

Esame obbiettivo. — Leggera cifosi dorsale. Masse muscolari e pannicolo adiposo mediocremente sviluppati. Assenza di edemi. Presenza di vene varicose all'arto inferiore sinistro. Sensorio integro. Polso e respiro regolari.

Nulla di notevole all'esame della faringe, del torace e dell'apparecchio cardio-vascolare.

Organi addominali nei limiti normali.

Sistema linfoghiandolare. — Presenza di una grossa ghiandola in corrispondenza della regione inguinale destra mobile, piuttosto dura, indolente. (L'esame microscopico di questa, reso possibile da una biopsia, dimostrò trattarsi di una iperplasia semplice).

L'articolazione del ginocchio destro è sede di una tumefazione della grossezza di una testa di feto (circonferenza cm. 49), molle in alcuni punti fluttuante; la cute a questa corrispondente non è arrossata. Con la palpazione si riconosce in modo netto la rotula spostata all'esterno. I legamenti interarticolari debbono essere certamente molto distesi: mantenendo fisso il femore si riesce a rotare la gamba all'interno, all'esterno, indietro e avanti. Manca

qualunque dolore sia spontaneo che alla pressione.

Durante la stazione eretta la gamba forma un angolo con la coscia a concavità esterna. La *puntura esplorativa* dimostra la presenza in tale tumefazione di un liquido emorragico. Anche la gamba di questo lato si presenta di un volume maggiore dell'altra, benchè non si osservino in essa che tracce di edemi.

La *radiografia* dimostra la presenza di gravi lesioni a carico delle superfici articolari e delle estremità ossee corrispondenti (erosioni a zone irregolari).

Sistema nervoso. — Nulla a carico dei nervi cranici.

Negli arti superiori: forza muscolare ben conservata; resistenza ai movimenti passivi piuttosto debole; sensibilità normale; coordinazione dei movimenti normale; riflessi presenti.

Torace. — Nulla di notevole.

Arti inferiori. — Evidente e notevole diminuzione della resistenza ai movimenti passivi: la flessione della coscia sul bacino permette di far toccare la faccia superiore di questa sull'addome; la flessione della gamba sulla coscia permette di far toccare il tallone sulle natiche. I movimenti attivi vengono eseguiti con discreta energia. Sensibilità normale.

Riflesso rotuleo: manca dal lato sinistro, a destra non è possibile ricercarlo.

Babinski assente; Romberg presente.

Riflessi iridei normali sia alla luce che alla accomodazione.

Deambulazione possibile senza bisogno di appoggio e senza che l'inferma dimostri alcuna sofferenza.

L'arto inferiore destro è fortemente deviato formando un angolo a concavità esterna con l'apice in corrispondenza del ginocchio.

Esame ginecologico. — Nulla di notevole.

Esame delle urine. — Albumina e zucchero assente.

Durante la degenza in ospedale (circa 5 mesi) l'inferma non ha mai febbricitato. Le è stato applicato un apparecchio gessato senza alcun vantaggio. La puntura di saggio del ginocchio destro ha dimostrato come l'enorme tumefazione fosse formata in gran parte da tessuto molle e da sangue, essendo necessaria l'introduzione dell'ago per parecchi cm. prima di giungere sui capi articolari. Una cura di iniezioni intravenose di Neosalvarsan (cgr. 45-55-55) di iniezioni di calomelano (0,10) e di ioduro di potassio (gr. 2 *pro die*) sono riuscite pure del tutto inefficaci.

3) Gastriti sifilitiche.

Le lesioni sifilitiche dello stomaco hanno nella pratica uno speciale interesse perchè possono simulare a perfezione sia il quadro dell'ulcera, che quello del cancro.

Nei due casi che io qui riporto in dettaglio, la natura sifilitica della malattia gastrica è stata accertata dalla pronta guarigione ottenuta in seguito alla cura con Neosalvarsan:

P... L..., entra in ospedale il 9 agosto 1913.

DIAGNOSI CLINICA. — *Gastrite ulcerosa di origine luetica.*

REAZIONE DI WASSERMANN eseguita con siero di sangue: *positiva completa* (+ + +).

Anamnesi. — Nulla di importante dal lato ereditario. All'età di 10 anni fu ricoverata in ospedale per una malattia infettiva acuta di natura imprecisabile. Mestruata a 15 anni ha avuto sempre successivamente le mestruazioni regolari. In tale età si maritò con uomo sofferente di malattie veneree (lues?) da cui probabilmente rimase contagiata.

Ha avuto quattro gravidanze a termine; un figlio è morto all'età di due anni, gli altri tre sono viventi. Non ha avuto aborti. Fino all'età di 30 anni ha goduto buona salute; in tale epoca cominciò a notare sofferenze gastriche: aveva di tanto in tanto accessi dolorosi all'epigastrio indipendenti dall'introduzione di alimenti, talora accompagnati da vomito acquoso di sapore acre, ma non sanguigno, nè alimentare. Spesso notava invece sangue nelle feci che attribuiva alle emorroidi di cui pure era sofferente. Aveva nausea per il cibo, specialmente per la carne. Tali sofferenze sono sempre continuate fino ad oggi (ora ha 41 anni) accompagnate frequentemente anche da cefalea notturna.

Il nove agosto c. a. fu colta improvvisamente da uno di tali accessi dolorosi all'epigastrio a cui seguì vomito di una discreta quantità di sangue in parte coagulato, in parte trasformato in una sostanza di aspetto piceo. Per tale ragione fece ricorso in ospedale.

Esame obbiettivo. — Nutrizione generale discreta; masse muscolari e pannicolo adiposo ben sviluppati; colorito roseo; mucose visibili un po' pallide. Nulla di notevole all'esame delle fauci, della faringe, del torace.

Addome. — Non meteorico, senza liquido libero, un po' dolente in corrispondenza della regione epigastrica.

Lo *stomaco* con limite inferiore circa due dita al di sotto dell'ombellico; non presenta rumore di guazzamento, nè ristagno di cibo.

Esame del succo gastrico. — Acidità normale. Assenza di acido lattico.

Fegato e milza nei limiti normali.

Sistema nervoso. — Nulla di notevole.

Sistema linfoghiandolare. — Micropoliadenia.

Esame ginecologico. — Nulla di notevole.

Esame delle urine. — Assenza di albumina e di zucchero.

L'inferma viene mantenuta per circa un mese a dieta lattea ed in riposo. Continuando le sofferenze gastriche, le vengono praticate 7 iniezioni di calomelano di 10 cgr. ciascuna, alla distanza di 7 giorni l'una dall'altra. L'inferma in seguito a tale cura torna a godere buona salute; non accusa più dolori, ha appetito, e le è possibile alimentarsi con una dieta mista, abbondante, senza alcuna sofferenza.

A... R..., stiratrice. Entra in ospedale l'11 ottobre 1914.

DIAGNOSI CLINICA. — *Gastrite pilorica ulcerosa luetica.*

REAZIONE DI WASSERMANN eseguita con siero di sangue: *positiva completa* (+ + +).

Anamnesi. — Nulla di importante dal lato ereditario. Mestruò all'età di 10 anni e mezzo e le successive mestruazioni sono state sempre

dolorose e talvolta irregolari. Contrasse matrimonio all'età di 22 anni e da tale unione ebbe una sola gravidanza a termine: la figlia vive in buone condizioni di salute. È discreta bevitrice, ha avuto sempre mediocre appetito.

Verso la fine dell'anno 1913 cominciò a notare sofferenze gastriche consistenti in un senso di peso allo stomaco insorgente qualche ora dopo il pasto accompagnato spesso da vomito. Il giorno 8 dicembre c. a. in seguito all'ingestione di un purgante oleoso fu colta improvvisamente da dolori allo stomaco a cui seguì vomito alimentare contenente dei grossi coaguli sanguigni; contemporaneamente insorse una notevole debolezza generale e dopo qualche ora emise con le feci una notevole quantità di sangue trasformato in una massa picea. La natura di tale sostanza fu stabilita da un medico chiamato d'urgenza. In seguito a riposo e dieta lattea si ristabilì completamente e tornò alle sue abituali occupazioni. Circa una settimana prima dell'ingresso in questo ospedale fu all'improvviso colta di nuovo dopo circa due ore dal pasto della sera, da violenti dolori all'epigastrio accompagnati da vomito ostinato alimentare, biliare, mucoso. Nei giorni successivi, intervenendo vomito e dolori ad ogni ingestione di cibo, l'inferma fu costretta a mantenere una dieta lattea. L'inferma ha notato che il decubito laterale sinistro provoca ed aumenta le sofferenze suddette, mentre il decubito supino e il laterale destro alleviano e fanno scomparire ogni disturbo.

Talora con il vomito ha notato la emissione di sostanze alimentari ingerite uno o due giorni prima.

Non ha avuto in questo periodo nè ematemesi, nè melena, nè ittero, nè febbre. Ha stipsi. Minzioni normali.

Esame obiettivo. — Condizioni generali piuttosto deperite; colorito della cute pallido; mucose visibili leggermente cianotiche.

Nulla di notevole all'esame delle fauci, della faringe, del torace (cuore e polmoni).

Addome. — Non meteorico, un po' dolente alla pressione del quadrante superiore sinistro e dell'epigastrio.

Stomaco. — In seguito alla somministrazione delle polveri del Frehrichs appare notevolmente aumentato di volume e spostato in basso. Benchè l'inferma accenni a ristagno gastrico, l'esame con la sonda gastrica esclude che questo rappresenti un fatto costante.

Alla *Radioscopia*, in seguito a somministrazione di una minestra al bismuto, appare tre dita sotto l'ombellico; bolla d'aria di notevole volume; antro pilorico riempito parzialmente. Peristalsi in primo tempo accentuatissima, dopo mezz'ora notevolmente indebolita. Il vuotamento dello stomaco non comincia che dopo molto tempo dal pasto. Spostabilità gastrica ben conservata.

L'esame del succo gastrico dimostra: reazione acida; reazione Gunzburg negativa; Congo: negativa; acido lattico assente.

Fegato e milza. — Nei limiti normali.

Sistema nervoso. — Nulla di notevole.

Esame ginecologico. — Negativo.

Sistema linfoghiandolare. — Micropoliadenia.

Esame delle urine. — Assenza di albumina e di zucchero.

Durante la degenza in ospedale vengono praticate all'inferma tre iniezioni intravenose di Neosalvarsan cgr. 0.75, 0.75, 0.90 a distanza di 10 giorni l'una dall'altra. Contemporaneamente la malata viene mantenuta ad una dieta alimentare mista, non abbondante. In seguito a tale cura specifica, l'inferma ha notato un intenso miglioramento, non ha più dolori gastrici, nè vomito, mangia con appetito, digerisce bene.

b) Splenomegalia sifilitica febbrile.

Molto rare sono le lesioni sifilitiche terziarie della milza. Nel caso che qui trascrivo la malata si presentò alla nostra osservazione in condizioni di notevole deperimento, con una febbre intermittente che durava da parecchi mesi, con un tumore di milza di notevole volume e senza alcun dato anamnestico ed obiettivo che facesse sospettare l'infezione luetica. La nessuna efficacia della splenectomia sul decorso della malattia (operazione eseguita dal professor Cassini e felicemente riuscita); i caratteri istologico della milza asportata, la presenza di una lesione ulcerosa a carico del cuoio capelluto, fecero sorgere il sospetto della origine luetica della malattia. Eseguita la reazione di Wassermann, questa riuscì positiva completa. Una iniezione intravenosa di Neosalvarsan (0.90) troncò in 24 ore la febbre che durava da lungo tempo; con il proseguimento della cura rifiorirono le condizioni generali e l'inferma guarì completamente.

P... M..., donna di casa, di anni 52, maritata. Entra in ospedale in 22 luglio 1914. Esce il 24 maggio 1915.

Diagnosi clinica. — Splenomegalia sifilitica febbrile.

Reazione di Wassermann eseguita con siero di sangue, positiva completa.

Anamnesi. — Padre e madre morti di malattia imprecisabile; la madre ebbe sei gravidanze a termine, nessun aborto, due figli sono morti per aplopessia cerebrale, tre in tenera età. Dei sei figli attualmente vive solo l'inferma la quale ha avuto allattamento materno. Questa non ricorda di aver avuto i comuni esantemi dell'infanzia; mestruò a 13 anni e le mestruazioni successive furono sempre regolari. Contrasse matrimonio all'età di 26 anni con uomo sano che morì in seguito per suicidio. Tre anni fa passò a seconde nozze con uomo indenne da mali venerei e sifilitici (al dire dell'inferma) e anche da questa seconda unione non ha avuto figli. Assicura di essere stata bene fino a due anni fa, epoca in cui l'inferma fu colta improvvisamente ed in pieno benessere da intensi brividi, febbre alta, cefalea, malessere generale sintomi che si sono mantenuti, al dire della paziente, costanti fino al momento attuale. La febbre si iniziava verso il mezzogiorno e scompariva la notte con moderato sudore determinando un miglioramento notevole sulle condizioni generali dell'inferma tanto che questa di tale miglioramento profittava talvolta per alzarsi. Le elevazioni febbrili

raggiungevano i 38°-40°. In tutto questo periodo non ha accusato mai vomito, non dolori nelle varie parti dell'organismo, non itterizia, non disturbi gastro-enterici e nella minzione. Solo ha accusato assenza di appetito; da allora l'inferma è andata deperendo progressivamente fino allo stato presente. Una settimana fa ha cominciato ad avvertire senso di peso all'epigastrio, specie in seguito alla ingestione di cibo anche se liquido, senza irradiazioni, pirosi od eruttazioni acide. Solo due giorni fa ebbe qualche conato di vomito senza emettere sostanze ingerite. Contemporaneamente a detti disturbi si sono manifestati dolori addominali diffusi con diarrea (sei, sette scariche al giorno). Le feci sembra non abbiano avuto caratteri speciali poichè l'inferma nega in esse presenza di muco e di sangue.

Esame obbiettivo. 23 luglio 1914. — Scheletro regolare. Notevole denutrizione generale. Colorito pallido della cute e delle mucose visibili. Reticolo venoso cutaneo accentuato. Lingua umida, leggermente patinosa. Faringe un po' arrossata. Polso 26 ritmico, a media pressione, piuttosto celere.

Esame ginecologico negativo.

Nella regione parietale sinistra a carico del cuoio capelluto presenza di una ulcerazione della grandezza di una moneta da 5 lire a margini lentamente continuantisi con il fondo, con scarse granulazioni ricoperte di un essudato purulento. All'intorno di tale ulcerazione il cuoio capelluto è sostituito da un tessuto cicatriziale. Tale ulcerazione al dire dell'inferma, non era stata considerata di natura luetica da uno specialista di malattie cutanee a cui precedentemente si era rivolta.

Torace. — Fosse sopra e sottoclavicolari appariscenti. Apici ad uguale altezza. Escursioni respiratorie normali. All'ascoltazione posteriormente ronchi e sibili diffusi a tutto l'ambito polmonare.

Cuore. — Aia cardiaca leggermente ingrandita. All'ascoltazione, 2° tono aortico un po' squillante.

Addome. — Meteorico, aumentato di volume in toto, con reticolo venoso evidente specie negli ipocondri. Pareti tese un po' dolenti alla pressione; non difesa addominale.

Milza. — Nell'ipocondrio sinistro si palpa una tumefazione che in basso raggiunge quasi l'ombelicale trasversa e che in alto si perde nell'ipocondrio; piuttosto dura, indolente, non ben delimitabile (milza? rene?).

Fegato. — In alto nei confini normali. In basso sulla linea mediana raggiunge il punto di mezzo della linea xifombellicale. Sulla emiclaveare oltrepassa di due dita il bordo costale. A causa della tensione delle pareti addominali, non si riesce a palpare netto il margine inferiore nè a determinare i caratteri della sua superficie.

Apparato linfoghiandolare. — Nelle regioni inguinali e nella cervicale sinistra presenza di piccole ghiandole, spostábili, indolenti.

Nel primo periodo della degenza in ospedale non sorse il sospetto di una infezione luetica; uno specialista di malattie cutanee aveva escluso che di tale natura potesse essere la lesione del cuoio capelluto; l'esame morfologico del sangue non ci dava alcun dato importante per la diagnosi.

Si decide una laparatomia esplorativa.

Settembre 1914. — Operazione: (prof. Cassini).

Laparatomia mediana. — La tumefazione addominale osservata nell'esame obbiettivo risulta a carico della milza: questa è notevolmente aumentata di volume; intensamente congesta; conserva la forma normale.

Viene eseguita con facilità e rapidamente la splenectomia.

Sutura delle pareti addominali.

Guarigione per prima intenzione.

Alcuni giorni dopo l'atto operativo le condizioni dell'inferma erano già tornate del tutto simili a quelle del periodo precedente all'operazione. La febbre intermittente persisteva immutata.

Esame anatomico della milza. — Milza molto aumentata di volume, ricca in sangue, di forma normale; capsula poco ispessita; consistenza leggermente aumentata. Alla superficie di taglio; aspetto uniforme: si nota che le trabecole connettivali sono pochissimo ispessite; follicoli poco visibili.

Esame istologico. — Aumento del tessuto connettivo della polpa splenica, degenerazione jalina dei follicoli.

In seguito al risultato dell'esame operativo sorse il sospetto della natura sifilitica della malattia. La R di W. riuscì positiva completa. Si esegue una prima serie di 4 iniezioni intravenose di Neosalvarsan (0,90 ciascuna). Sin dal giorno successivo alla prima iniezione la febbre scomparve; le condizioni generali ben presto migliorarono; la ulcerazione del cuoio capelluto si trasformò in una piaga che cicatrizzò abbastanza rapidamente. A distanza di circa due mesi viene eseguita una seconda serie di iniezioni Neosalvarsan (0,90 ciascuna). Guarigione completa.

Lavoro pervenuto in redazione il 31 marzo 1917.

Errata corrige.

Per un equivoco la prima parte di questo lavoro è stata pubblicata nel numero precedente di questo giornale senza la correzione delle bozze per parte dell'autore, donde la presenza di numerosi errori tipografici.

Mi limito qui a far notare come il 3° capoverso della 2ª colonna della pag. 1062 deve esser così formulato:

« Una analoga affermazione fu già emessa dal Le-
« vaditi e Jamouonuchi in base ad altre considera-
« zioni. Certamente tale proprietà deve anche essere
« legata alle speciali modalità con cui si verifica la
« disintegrazione dei tessuti e da questo punto di
« vista anche all'agente causale. Così si spiegherebbe come la *spirochaeta pallida* sia capace di deter-
« minare le modificazioni nel siero necessarie alla
« produzione della reazione anche esercitando la sua
« azione su tessuti diversi. Ma quali sono i tessuti
« la cui disintegrazione in *condizioni speciali* avreb-
« be la capacità di rendere il siero attivo per la
« reazione di Wassermann? ». C. V.

NOTE E CONTRIBUTI.

Contributo all'uso della soluzione iodo-benzolica nella pratica chirurgica.

(Osservazioni sperimentali e cliniche).

Dott. Giovanni Zanetti,
Capitano Medico di complemento.

In una comunicazione da me fatta alla Società Medico-Chirurgica di Bologna, nella adunanza del 5 febbraio 1914 (1), proposi, in sostituzione della tintura di iodio nella pratica chirurgica per ovviarne ai nuemrosi inconvenienti, l'uso di una soluzione di iodio nel benzolo, che chiamai soluzione *iodo-benzolica*: dai risultati delle prime ricerche sperimentali e cliniche, mi parve non solo il migliore di tutti i succedanei della tintura di iodio, ma a questa stessa potersi sostituire per i vantaggi che qui brevemente riassumo:

1° elevata percentuale di iodio (9.75 %);

2° grande stabilità di composizione e titolo;

3° potere antisettico uguale o maggiore a quello della tintura di iodio;

4° maggiore sicurezza di adoperare un solvente a tipo costante di quanto possa praticamente avvenire per l'alcool, il quale col suo aumentare o diminuire del grado alcoolico, varia il suo potere solvente per lo iodio;

5° facilità di liberare la soluzione iodo-benzolica con semplici lavaggi con acqua, quando vi si sospettasse la presenza di acido iodidrico formatosi a spese di sostanze organiche ossidabili, introdottesi accidentalmente nella soluzione (pulviscolo atmosferico, filamenti di garza, cotone od altro);

6° minor costo del benzolo in confronto all'alcool.

Colla presente nota è mio scopo il portare un altro contributo di ricerche, sul potere sterilizzante della predetta soluzione iodo-benzolica, sia studiato sperimentalmente, sia nella comune pratica chirurgica e nella chirurgia di guerra, tanto più che continuano da parte dei chirurghi, ad essere rilevati inconvenienti per l'uso della tintura di iodio (2) (3). Nell'aprile e maggio del 1915 nell'istituto di Igiene della R. U. di Parma, volli studiare in collaborazione con la dottoressa Pellegreffi, l'azione bactericida della soluzione iodo-benzolica, per accertare se realmente dal punto di vista della sua efficacia contro i germi infettanti, verso i quali viene di solito adoperata nella pratica, dimostra una superiorità di azione in confronto con la tintura di iodio. Le prove che sono qui riferite rientrano in quell'ordine di determinazioni semplici di tecnica, mediante le quali si suole misurare l'efficacia battericida di un liquido; senza entrare in discussione critica delle ragioni che mi fecero addottare il metodo usato, e che sono dettagliatamente esposte nel lavoro originale (4), vengo a descriverlo brevemente, dandone i risultati. Le prove sono state eseguite contemporaneamente imbrattando con una stessa patina batterica, perle di vetro smerigliate, fili di seta, pezzetti di carta bibula e pezzetti di spugna, essiccando prima brevemente in termostato, poscia per qualche ora in essiccatore, i materiali imbrattati, inutile osservare che era costante il diametro delle perline, la grandezza delle spugne, delle cartine e dei fili di seta. Le prove furono eseguite con i seguenti germi: stafilococco piogene aureo, b. coli, vibrione del colera, spore carbonchiose. Si sono sempre fatte prove di controllo rispettivamente con alcool a 95 e con benzolo. I dati per ogni singolo germe sono riferiti nelle tabelle che seguono.

Prima serie d'esperienze.

Bacterium coli essiccato su perle
(48 ore termostato, t. 37).

Durata dell'azione	Jodobenzolo	Tintura di iodio	Benzolo	Alcool
1 minuto	+ +	+ —	— —	— —
2 minuti	+ +	+ —	— —	— —
5 »	+ +	+ +	— —	— —
10 »	+ +	+ +	— —	— +
15 »	+ +	+ +	— +	+ +

Vibrione del colera essiccato su perle.
(48 ore termostato, t. 37).

Durata dell'azione	Jodobenzolo	Tintura di iodio	Benzolo	Alcool
1 minuto	+ +	+ +	+ —	+ +
2 minuti	+ +	+ +	+ +	+ +

Stafilococco piogene aureo essiccato su perle.
(48 ore termostato, t. 37).

Durata dell'azione	Jodobenzolo	Tintura di iodio	Benzolo	Alcool
1 minuto	+ +	+ —	— —	— —
2 minuti	+ +	+ +	— —	— —
8 »	+ +	+ +	— —	— —
10 »	+ +	+ +	— —	— —
15 »	+ +	+ +	— —	— —

Spora carbonchiosa essiccata su perle.

Durata dell'azione	Jodobenzolo	Tintura di iodio	Benzolo	Alcoo
1 ora	— +	—	—	—
3 »	+ +	—	—	—
6 »	+ +	—	—	—
8 »	+ +	+	—	—

Come risulta da questi dati, la soluzione iodo-benzolica si mostra energica bactericida per i patogeni non sporigeni; anche lo stafilococco

piogene, pure discretamente resistente, non resiste un minuto alla sua azione.

Tra il potere bactericida della soluzione iodo-benzolica e quello della tintura officinale al 10 %, intercedono differenze di scarso valore pratico. Queste modeste differenze sono però in favore della soluzione iodo-benzolica.

Dalle esperienze deriva ancora come operando con support' diversi per i germi (perline, fili di seta, cartine, piccole spugne), si constatino lievissime differenze di azione. I fili di seta, come era logico aspettarsi, a pari condizioni si lasciano disinfettare un po' meno facilmente: nelle prove di controllo fatte con benzolo e con alcool a 95°, si osserva che se debole è il potere antisettico del benzolo, non grande è certamente quello dell'alcool, sul cui valore i chirurgi a parere mio e di altri esagerano; quindi il grande potere antisettico della tintura di iodio e più ancora della soluzione iodo-benzolica è dovuto allo iodio che esse contengono e che nella seconda è coadiuvato dal forte potere di penetrazione del benzolo.

Riguardo all'uso della soluzione iodo-benzolica nella chirurgia comune, esso non è stato ancora molto diffuso, in parte per la resistenza che i chirurgi in genere offrono ad ogni innovazione nel campo dell'antisepsi preoperatoria, in parte perchè la diffusione e la popolarità che hanno assunto il metodo del Grossich originale, fanno scomparire e soffocano qualunque tentativo di innovazione e di miglioramento, tanto più se esso parte da un modestissimo medico italiano. Nella *Rivista sanitaria Siciliana* del 1915 (5), il dott. Santonoceto chirurgo a Meldola (Forlì), presenta una statistica di una trentina di interventi chirurgici in cui la sterilizzazione preoperatoria era stata eseguita con soluzione iodo-benzolica; fra questi troviamo tre laparatomie per lesioni dell'utero e degli annessi, sei trapanazioni di mastoidi per mastoidite, due cure radicali di ernia, due operazioni per idrocele, sei casi di suture estese cutanee per ferite lacero-contuse, una operazione per varicocele, due resezioni ossee per carie delle ossa del piede e della colonna vertebrale, alcuni casi di amputazioni e disarticolazioni di dita e di nevrectomie per nevralgie ribelli. In tutti questi casi, eccettuati le mastoiditi ed i due casi di tubercolosi ossea, ottenne perfetta guarigione per prima intenzione, senza alcun fenomeno irritativo a carico della cute come spesso si ha usando la tintura; nei due casi di tubercolosi ossea che medicò quotidianamente con soluzione iodo-benzolica ed in un ascesso freddo della coscia, ottenne pure rapida guarigione con scarsa secrezione.

(12)

Riguardo all'uso della soluzione iodo-benzolica nella pratica di guerra, io stesso potei abbondantemente usarla essendo stato sin dai primi giorni del maggio 1915 mobilitato con una compagnia di Alpini operante in Zona Carnia; e per avere appartenuto per oltre un anno sempre allo stesso reparto sulla linea di fuoco, potei valutarne l'efficacia sui moltissimi feriti con essa trattati al posto di medicazione. Prima ancora che si iniziassero le ostilità, ebbi cura di farmi spedire del benzolo puro e servendomi dello iodio che si trova in caricamento nel cofanetto di sanità per truppe alpine, potei anche senza bisogno di bilancia preparare la soluzione iodo-benzolica satura a temperatura ambiente e cioè al 9.75 %, il che facevo con estrema facilità, aggiungendo all'iodio in scagliette, lentamente il benzolo, sino a che l'ultima quantità di iodio passasse stentatamente in soluzione; cosa che si ottiene in pochi istanti, data la grande solubilità dello iodio nel benzolo; tale operazione alla quale avevo addestrato l'aiutante di sanità della compagnia, riesce di gran lunga più sollecita che a preparare la soluzione alcoolica di iodio.

Nel lungo periodo passato con tale reparto, medicai circa 150 feriti di gravità varia, e colpiti in regioni varie; appena portato al posto di medicazione, su ogni ferito prima di applicare la medicatura sterilizzata preparata, con una delle compresse di garza sterile, che trovansi nelle medicature stesse, montata su di una pinza, cospargevo di soluzione iodobenzolica tutta la regione attorno alle ferite: fra tutti i feriti medicati in tal guisa, senza trascriverne l'elenco, ne ricorderò i più importanti che pur avendo riportate gravi lesioni, guarirono senza complicazioni settiche, ovvero ritornarono alla compagnia, e ciò è importante per il mio metodo, secondo la vecchia sentenza di chirurgia di guerra *che dalla prima medicatura dipende la sorte del ferito.*

Medicai con soluzione iodobenzolica, appena portati al posto di medicazione, sette feriti con lesioni articolari delle più importanti articolazioni e con gravità varia, sei con fratture delle grandi ossa, cinque feriti al cranio con lesioni ossee e meningee, uno all'addome con ferita penetrante ed otto feriti al torace con lesione polmonare; in alcuni di questi feriti furono praticati, al posto di medicazione, piccoli interventi (asportazione di proiettili superficiali od annidati nel cellulare sottocutaneo, regolarizzazione di frammenti, asportazione di scheggie ossee, ecc.): tutti in tempo relativamente breve ritornarono sulla linea di combattimento e molti alla propria compagnia.

Meritano di essere notati i feriti al torace con lesione polmonare, che tutti indistintamente, senza alcuna complicazione, ad eccezione di qualche lieve versamento ematico, guarirono per prima intenzione ritornando dopo poco al proprio reparto; è pure interessante il caso di un ferito, certo V..., in cui una granata aveva prodotta una gravissima ferita da strappamento con spappolamento di tutti i tessuti al braccio sinistro, ed in cui fu eseguita l'amputazione d'urgenza sulla immediata linea di combattimento, usando la soluzione iodobenzolica oltre che per la sterilizzazione della cute del paziente, anche per la sterilizzazione delle mani dell'operatore, cosa che può riuscire di grande giovamento in casi di assoluta urgenza, sotto il fuoco avversario e per la mancanza di acqua, data la nessuna irritazione che sulla pelle porta la soluzione iodobenzolica (so di colleghi che, avendo voluto usare la tintura di iodio per la sterilizzazione delle mani, ne riportarono gravi dermiti e flemmoni): il suddetto militare, inviato poscia in un ospedaletto da campo, guarì per prima intenzione ed è ora munito di arto ortopedico. È degno pure di interesse il caso del soldato M..., il quale riportò per pallottola di fucile, una vasta ferita lacero-contusa al padiglione dell'orecchio sinistro diviso in più lembi ed una ferita a striscio alla regione mastoidea corrispondente (limite superiore), con lesione del tavolato esterno ed interno; al posto di medicazione fu eseguita la sutura del padiglione, alla ferita cranica furono dati alcuni punti di avvicinamento e messo un drenaggio; guarì per prima intenzione della lesione auricolare, per seconda in breve tempo di quella cranica; questo caso interessa, non per il piccolo atto operativo eseguito, ma per l'essersi ottenuta una perfetta guarigione per prima delle vaste lacerazioni del padiglione dell'orecchio, che furono suturate, cosa che difficilmente in tale regione si ottiene, usando la tintura, come al viso, ove per la sottigliezza della cute si formano spesso flittene e bolle con abbondante secrezione che ostacolano la guarigione per prima.

Non ho ricordati per economia di spazio tutti gli altri casi (circa una ottantina) di ferite di media gravità in cui il proiettile ha interessato le sole parti molli, senza penetrare in cavità: le ferite a canale perforanti, da proiettili di fucile guarirono tutte per prima intenzione e con grande rapidità quelle prodotte da pallottole di shrapnell e da frammenti di granata o di bomba; tanto che tutti indistintamente ripresero il loro posto di combattimento o nella propria compagnia od in altri reparti; negli altri feriti che avevano riportate solo lesioni cutanee, ottenni pure ottimi risultati e guarirono per prima intenzione tutti i casi nei quali applicai la sutura. In nessun caso osservai irritazione, benchè la soluzione iodobenzolica fosse applicata abbondantemente ed estesamente e così pure nessun inconveniente osservai usandola per curare processi settici cutanei (flemmoni, ascessi, impetigini, sicosi) ove fu applicata ripetutamente ed in tutte le forme mediche comuni che si curano nelle infermerie ove si usa lo iodio esternamente (lievi versamenti pleurici, pleurodinie, leggere infiammazioni articolari, ecc.); così nessun ferito o malato ha mai lamentato il bruciore molesto, che dà invece assai spesso la tintura di iodio, specie se è di vecchia preparazione.

Tengo qui a far notare come da osservazioni orali fattimi, da lettere pervenutemi e da scritti comparsi, mi risulta come vi siano ancora medici e chirurghi che confondono la soluzione iodobenzolica con la soluzione iodobenzinica, e quindi il benzolo del catrame con la benzina del petrolio, composti che nulla hanno in comune per composizione chimica e per costituzione, essendo il primo un composto di *serie aromatica*, che scioglie lo iodio in proporzione del 9.75 %; l'altra un idrocarburo della *serie grassa*, che scioglie lo iodio appena all'uno per cento.

Senza volere fare gli elogi di un metodo che da me è stato per il primo ideato e consigliato, mi è lecito sperare che l'esame di quanto ho esposto possa invogliare i chirurghi ed i medici pratici ad usarlo con larghezza, e termino questa breve mia nota, riportando ciò che il prof. F. Rho, generale medico della R. marina, scrive a proposito della soluzione iodobenzolica in un suo lavoro sugli inconvenienti della tintura di iodio (3): «Merita di essere presa nella massima considerazione la soluzione iodobenzolica del dott. Zanetti; lo scrivente si augura che essa venga largamente sperimentata affinchè le superiori autorità sanitarie dell'Esercito e della Marina possano giudicare della convenienza della sua adozione ufficiale».

Bologna, 1° marzo 1917.

BIBLIOGRAFIA.

(1) G. Zanetti. *Sopra un nuovo tipo di soluzione iodica per il metodo Grossich «soluzione iodo-benzolica»*. Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna, febbraio 1914. (Sunto nel Policlinico, Sez. pratica, febbraio 1914).
(2) W. Herzog. Munch. medic. Woch., 1914, n. 48.
(3) F. Rho. *Gli inconvenienti della tintura di iodio per l'applicazione del metodo Grossich ed i suoi sostituti in chirurgia di guerra.*

Ann. di Medicina Navale e Coloniale, fascicolo I, 1915.
(4) G. ZANETTI e M. PELLEGREFFIGRINETTI. *Ulteriori determinazioni sul potere disinfettante della soluzione iodo-benzolica.* Rivista d'Igiene e Sanità Pubblica, 1915, n. 23.
(5) V. SANTONOCETO. *La soluzione iodo-benzolica nella pratica chirurgica.* Rivista Sanitaria Siciliana, n. 3, 1915.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

I sintomi degli aneurismi dell'aorta.

(FRENCH. *The Medical Review*, 1916, n. 12).

Gli aneurismi dell'aorta offrono una varia e caratteristica sintomatologia in rapporto alla loro localizzazione. La sindrome è notevolmente diversa a seconda che la bozza aneurismatica ha sede: *a)* nella porzione del vaso compresa tra le valvole aortiche e l'origine del tronco brachiocefalico; *b)* nella prima porzione dell'arco trasversale comprendente l'origine di detto tronco; *c)* nella porzione distale che coincide con l'origine della succlavia destra; *d)* nell'aorta discendente oltre il punto d'origine della succlavia; *e)* nell'aorta addominale.

L'A. premette che l'aneurisma dell'aorta addominale è molto raro in confronto a quello della porzione toracica. Esso ha quasi sempre sede presso il punto d'origine del tronco celiaco. Il sintomo principale consiste in un dolore che vien quasi sempre riferito tra l'apofisi xifoide e l'ombelico o nella regione dorsolombare. La diagnosi o è molto facile o offre tante difficoltà da riescire presso che impossibile. Talvolta l'aneurisma invece di sporgere in avanti in modo da produrre un tumore pulsante ben palpabile, si sviluppa lateralmente o all'indietro provocando erosione dei corpi vertebrali. In questi casi nell'assenza di ogni fatto obbiettivo è facile l'errore e la confusione con pancreatite cronica, l'ulcera duodenale o con forme neurotiche.

Dopo ciò l'A. passa a trattare la sintomatologia dei vari aneurismi dell'aorta toracica.

I. Un aneurisma localizzato fra le valvole aortiche ed il punto d'origine del tronco brachio-cefalico può essere molto piccolo e trovarsi quasi interamente nell'interno del pericardio decorrendo senza alcun sintomo fino al momento della sua improvvisa rottura. In tali casi la diagnosi è impossibile. Quando l'aneurisma è più grosso fa sporgenza a destra del manubrio dello sterno determinando ipofonesi specialmente nel 2° spazio intercostale di destra. Talora la pulsazione del tumore più che con la mano si avverte con l'orecchio. I dolori, quando esistono, sono localizzati alla base del cuore di solito a destra dello sterno. Sono frequenti gli attacchi di angina pectoris con senso di costrizione alla regione precordiale, dolori irradiantisi dalla punta del cuore in alto verso la spalla sinistra e persino al braccio sinistro generalmente verso il lato interno: tali dolori raramente si estendono oltre il gomito, e quando si ha tale diffusione e giungono fino alle dita colpiscono il mignolo e l'anulare.

Si hanno talora sintomi dipendenti da ostacolo nel circolo della vena cava discendente: cianosi e gonfiore della faccia, del collo, delle braccia, dilatazione delle vene superficiali del torace. Questi sintomi sono però sempre meno accentuati di quel che si hanno nei casi di tumori neoplastici. Non di rado e specialmente quando l'aneurisma si sviluppa all'indietro viene compresso il grosso bronco di destra con i seguenti sintomi: ipofonesi, respiro aspro e talora anche rantoli al lobo superiore del polmone destro. Questi fatti possono far sorgere il sospetto di tubercolosi tanto più che qualche volta i fatti stessi sono accompagnati da emottisi.

Di regola il simpatico cervicale ed il nervo laringeo ricorrente non sono compromessi, quindi non v'ha modificazione del lume pupillare, nè paralisi della corda vocale. D'altra parte non c'è compressione tracheale e quindi non vi sono disturbi respiratorî del tipo della stenosi tracheale; non comprime l'esofago; non comprime il tronco brachio-cefalico e la succlavia sinistra, e quindi non v'ha differenza del polso radiale ai due lati.

Le vertebre non sono usurate e quindi non vi sono dolori di schiena, nè è compromesso il plesso brachiale e perciò non vi sono dolori irradiantisi lungo l'arto di destra.

Riassumendo negli aneurismi aortici con sede tra le valvole aortiche e l'origine del tronco brachiocefalico: *a)* i sintomi abitualmente presenti sono: *angina pectoris, segni di ostacolato circolo nella vena cava discendente, ipofonesi nel 2° spazio intercostale di destra, presenza di pulsazione espansiva o anche di un vero tumore pulsante in detto spazio, dolori a destra del manubrio dello sterno, sintomi di compressione del grosso bronco di destra nel lobo superiore del pulmone dello stesso lato;* mentre *b)* i sintomi abitualmente assenti sono: *disuguaglianza fra il polso radiale ai due lati, anisocoria, dolori al braccio destro, segni di stenosi tracheale, ptosi, paralisi delle corde vocali, segni di stenosi esofagea, dolori al dorso, pulsazione*

percettibile con la palpazione profonda nell'incisura soprasternale.

II. Quando l'aneurisma è localizzato nella prima porzione dell'arco trasversale comprendente l'origine del tronco brachiocefalico si sviluppa spesso un tumore pulsante nel 2° spazio intercostale e talora anche nel primo con ipofonesi alla percussione. L'aneurisma tende a comprimere la vena cava discendente ed il grosso bronco di destra, donde probabilità dei sintomi sopra accennati. Oltre a ciò esso tende a comprimere il tratto d'origine del tronco brachiocefalico e quindi il polso radiale di destra presenterà un ritardo rispetto alla radiale sinistra e sarà talora anche meno pieno. Non raramente è compressa la trachea con i relativi disturbi del respiro. Può essere compresso il simpatico cervicale di destra donde midriasi allo stesso lato nel caso di irritazione e miosi in caso di paralisi, e può anche aversi ptosi. I dolori sono di regola localizzati alla sede dell'aneurisma, ma quando questo si sviluppa fino al punto da comprimere le branche inferiori del plesso brachiale si hanno dolori intensissimi alla regione scapolare ed al braccio destro irradiantisi fino al lato ulnare dell'avambraccio e della mano e possono aversi anche atrofie dei muscoli innervati dalle fibre lese.

Solo di rado sono compromessi l'esofago e il nervo laringeo ricorrente (ansa attorno alla succlavia di destra). Anche l'usura delle vertebre è rara e quindi i dolori alla schiena non sono frequenti. Quando l'aneurisma si sviluppa ulteriormente verso l'arco aortico trasversale ad un certo punto compare un tumore pulsante all'incisura soprasternale.

Riassumendo negli aneurismi aortici con sede nel primo tratto dell'arco trasversale comprendente l'origine del tronco brachiocefalico: *a*) i sintomi abitualmente presenti sono: *angina pectoris, segni di ostacolato circolo nella vena cava discendente, ipofonesi al 2° spazio intercostale di destra, pulsazione espansiva o tumore pulsante in detto spazio, dolori a destra del tratto superiore dello sterno, segni di compressione del grosso bronco di destra, polso radiale più piccolo o in ritardo al lato destro, dolori al braccio destro, segni di stenosi tracheale, pulsazione percettibile alla polpazione profonda dell'incisiva soprasternale anisocoria, ptosi a destra;* mentre *b*) i sintomi abitualmente assenti sono i *segni di stenosi esofagea, dolori al dorso, paralisi delle corde vocali (a meno che l'aneurisma non sia molto grosso).*

III. Quando l'aneurisma è localizzato nella porzione distale dell'arco aortico in corrispondenza dell'origine della succlavia sinistra, data la direzione indietro dell'arco, il tumore pulsante sulla faccia anteriore del torace si rileva solo quando l'aneurisma è molto grosso. Viceversa i sintomi da compressione sono più imponenti. Non di rado è compromesso il ricorrente di sinistra donde paralisi della corda vocale dello stesso lato e tosse secca a tipo particolare. La pressione esercitata sul simpatico cervicale determina midriasi o miosi a sinistra rispettivamente per irritazione o paralisi. C'è anche tendenza alla ptosi. Quando è compromesso il tratto d'origine della succlavia sinistra il polso radiale allo stesso lato è più piccolo e meno frequente. Nei casi di compressione delle branche inferiori del plesso brachiale di sinistra si hanno dolori al braccio dello stesso lato. Sono anche frequenti i dolori alla regione superiore sinistra del dorso con tendenza alla irradiazione lungo i nervi intercostali per usura delle vertebre. Se vien compresso il grosso bronco di sinistra si avranno al lobo superiore dello stesso lato ipofonesi, indebolimento del respiro e del fremito vocale e talora anche rantoli, fenomeni che rendono possibile uno scambio diagnostico con la tubercolosi dell'apice. Talora si ha disfagia per compressione dell'esofago. Può essere compressa anche la trachea e nei casi di enorme sviluppo può essere compresso anche il grosso bronco di destra determinando nel pulmone destro i fenomeni che ordinariamente si riscontrano a sinistra. Negli aneurismi di questo gruppo i soli sintomi che mancano sono quelli provocati dall'ostacolato circolo della vena cavadiscendente.

Riassumendo negli aneurismi aortici della porzione distale dell'arco aortico in corrispondenza dell'origine della succlavia sinistra *a*) i sintomi abitualmente presenti sono: *dolori alla regione superiore sinistra del dorso e al braccio dello stesso lato, paralisi della corda vocale sinistra e tosse secca, anisocoria, ptosi a sinistra, segni di stenosi esofagea e tracheale (rari), impiccolimento e rallentamento del polso radiale sinistro, segni di compressione del grosso bronco di sinistra o di destra, mentre* b) i sintomi che abitualmente mancano sono: *segni di ostacolato circolo della v. cavadiscendente, ipofonesi e pulsazione espansiva al torace (a meno che l'aneurisma non sia molto grosso), dolori al braccio destro.*

IV. Quando l'aneurisma è localizzato all'aorta toracica discendente al di là dell'origine della succlavia sinistra la diagnosi è in genere difficile se non si ricorre alla radioscopia. L'aneurisma si trova così in basso che non può determinare i fatti da compressione che facilitano la

diagnosi degli aneurismi localizzati sull'arco aortico. I soli sintomi da compressione presenti sono quelli a carico delle vertebre e dei nervi intercostali, del branco inferiore sinistro e dell'esofago. Talora questi sintomi esistono isolati e rendono possibile la confusione diagnostica rispettivamente con una nevralgia idiopatica, con una pleurite o esiti di questa, e con un cancro dell'esofago.

In questo gruppo di aneurismi adunque *a*) i sintomi abitualmente presenti sono: *dolori al dorso specialmente alla regione mediana con irradiazioni lungo il lato sinistro del torace in forma di nevralgie intercostali o di punti dolorosi sul decorso di qualche nervo intercostale, segni di compressione dell'esofago e del bronco inferiore sinistro nel lobo inferiore dello stesso lato;* mentre *b*) i sintomi abitualmente mancanti sono: *ipofonesi e pulsazione espansiva, disuguaglianza fra i polsi radiali, anisocoria, ptosi, paralisi delle corde vocali, segni di ostacolato circolo della cava discendente, segni di stenosi tracheale, dolori alle braccia.*

Dopo aver così data la sintomatologia degli aneurismi aortici a varia localizzazione l'A. passa a discutere la quistione dei soffii e delle alterazioni secondarie del volume del cuore in tali affezioni. La loro presenza non è costante ed il voler fare la diagnosi in base alla loro esistenza costituisce un pregiudizio pernicioso.

È molto raro constatare un soffio in corrispondenza di un aneurisma o meglio un soffio che sia il prodotto dell'aneurisma. Non è dubbio che in molti casi la stessa causa, la sifilide, che ha provocato l'aneurisma, determina anche delle lesioni aortiche che danno luogo al caratteristico rumore della insufficienza con un certo grado di stenosi, oppure con la conseguente modificazione di rapporto tra il volume della cavità cardiaca e l'ampiezza dell'ostio valvolare, per cui si può avere un rumore. Ma l'aneurisma di per sè non dà luogo a fenomeni acustici anormali. Certo se la dilatazione dell'arteria si producesse improvvisamente si udirebbe su di esso un rumore perchè il sangue entrando nel sacco con moto vorticoso determinerebbe vibrazioni percettibili con l'udito. Ma anche in questo caso se la dilatazione rimane costante o quasi si formeranno ben presto dei coaguli che tapezzando la parete, la rendono liscia per modo che il sangue vi scorre tranquillamente. Tuttavia se si esercita con lo stetoscopio una forte pressione, la forma del sacco aneurismatico si altera d'improvviso ricostituendo le condizioni meccaniche iniziali e determinando quindi la comparsa di rumori.

Un altro pregiudizio assai diffuso è quello di ritenere che l'aneurisma provochi ipertrofia del cuore. Vero è invece che quando con la dilatazione aneurismatica coesiste un ingrandimento del cuore bisogna pensare ad altre lesioni a carico del miocardio o delle valvole aortiche, lesioni che il più delle volte ripetono la stessa origine dell'affezione arteriosa. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medica di Modena.

Seduta del 31 maggio 1917.

Sono presenti: il prof. Sperino, presidente, ed i soci: Massone, Guzzoni, degli Ancarani, Colombini, Selmi, Rizzatti, Biancheri, Silvestri, Donati, Balli, Vallisnieri, Boschetti, Centanni, Squadrini, Magnanimi.

Ferite dei vasi sanguigni.

Prof. DONATI M. — L'O., sulla base di 48 casi di ferite di vasi sanguigni importanti, espone alcuni criteri sulle indicazioni e sulla tecnica dell'intervento chirurgico.

Accennata la grande importanza che hanno le ferite dei vasi sanguigni sulla evoluzione delle ferite di guerra, sulle definitive alterazioni anatomiche e funzionali, ecc., mette in rilievo come gli altri fattori concomitanti, traumatici ed infettivi, che determinano i caratteri della ferita, possono assumere grande importanza ad esercitare un'influenza sulla evoluzione della lesione vasale. Spesso soltanto l'intervento chirurgico precoce, associato ad una cura razionale della ferita, può riparare ai danni della lesione vasale, scongiurando l'infezione e favorendo la deformazione del circolo collaterale. A tal riguardo l'O. mette in rilievo le complesse origini del disturbo di circolo consecutivo alle ferite di vasi importanti ed i suoi rapporti con le complicazioni settiche, avvertendo come talora l'infezione crei condizioni per le quali l'arteria ferita e allacciata si comporta funzionalmente come un'arteria terminale.

Nella casistica dell'O., dalla quale sono state escluse le ferite dei seni venosi della dura madre e in genere dei vasi cavitari, prevalgono le ferite da proiettile di fucile; il che dipende dalla maggiore mortalità immediata nelle ferite vasali da proiettili di artiglieria o da bombe. Le emorragie secondarie, un tempo così frequenti, nelle ferite di guerra, figurano appena in un quinto dei casi, e sono state osservate quasi esclusivamente in ferite infette da proiettili di artiglieria.

I 48 casi vanno così suddivisi: 17 osservazioni di emorragia esterna immediata o primaria; 3 osservazioni di gangrena di un arto in casi nei quali

era stata necessaria l'allacciatura immediata sul campo; 3 ferite da scheggia di proiettile o di osso rimaste infisse nel lume vasale e riconosciute all'atto operativo; 10 emorragie secondarie; 2 casi di trombosi occludente e 1 di compressione cicatriziale; 9 ematomi aneurismatici; 2 aneurismi arteriosi e 1 aneurisma arterio-venoso.

Le soluzioni di continuo della parete vasale sono state: perforazioni due volte, ferite laterali 24 volte, lacerazioni totali o sezioni complete 22 volte.

L'O. fa rilevare la relativa frequenza di lesioni vasali multiple, di complicanze con fratture (nel 40 % circa dei casi), e di complicanze con ferite dei nervi (nel 27 % circa dei casi).

Descrive in seguito i singoli casi; e cioè:

1 ferita dell'arteria occipitale, con grave emorragia immediata;

1 ferita della vena giugulare interna presso la base del cranio, da scheggia di granata rimasta infissa nella vena stessa, con lesione concomitante del simpatico cervicale; l'emorragia fu arrestata con la forcipressura a permanenza e il tamponamento.

3 ferite dell'arteria ascellare, con contemporanea lesione del plesso brachiale. A proposito di questi casi l'O. discute la questione della simpaticectomia periarteriosa alla Leriche, che egli giudica avere influenza favorevole essenzialmente sulla sindrome dolorosa. Senza escludere l'azione di fattori ischemici per lo meno in un certo periodo delle lesioni associate vascolo-nervose, l'O. ritiene che, nella complessa sindrome, oltre alle lesioni dei tronchi sensitivo-motori possano aver parte quelle dei plessi simpatici periarteriosi. Un aneurisma dell'arteria ascellare fu curato con la estirpazione.

2 ferite dell'arteria circonflessa posteriore (emorragie secondarie).

9 ferite dell'arteria omerale: a proposito di queste sono notevoli 3 gangrene del braccio in casi nei quali l'allacciatura era stata fatta immediatamente e coesistevano gravi lesioni delle parti molli ed ossee; il sintoma dell'aumento notevole della frequenza del polso, constatato in 2 casi di *aneurisma arterio-venoso,* sintoma osservato anche in un aneurisma arterio-venoso dei vasi poplitei; l'innocuità della legatura dell'omerale per ematoma arterioso; l'obliterazione per trombosi spontanea di una ferita dell'omerale.

8 casi di ferite della radiale e della cubitale.

10 casi di lesioni dei vasi femorali e loro collaterali: a proposito di queste sono notevoli i buoni risultati ottenuti in diversi casi dalla allacciatura contemporanea dell'arteria e della vena femorali superficiali, una volta anche associata ad allacciatura della femorale profonda al terzo medio della coscia attraverso le inserzioni femorali del grande adduttore.

4 casi di lesioni dei vasi poplitei, che hanno conseguenze immediate molto più gravi di quelle dei vasi femorali. — In un caso di aneurisma arterio-venoso, fu fatta una cura conservatrice, consistente nella sutura della fistola arterio-venosa e nella arteriorrafia ricostruttrice della sacca aneurismatica arteriosa: dopo 4 mesi, per rottura della arteria, fu fatta la resezione del segmento vasale previa quadruplice legatura.

10 casi di lesioni dei vasi della gamba.

Diagnosticata una lesione vasale, di regola è giustificato l'atto operativo immediato; questo generalmente può essere eseguito con vantaggio nel seno stesso del focolaio traumatico e nel massimo numero dei casi consiste nella allacciatura in tessuto sano, sopra e sotto il segmento leso, con o senza escisione del segmento stesso.

Considerazioni su alcune non comuni manifestazioni dell'infezione tetanica in feriti di guerra.

Prof. M. DONATI. — Riferisce alcune osservazioni interessanti di tetano *atipico* sviluppatosi in feriti di guerra che avevano ricevuto l'iniezione profilattica di siero antitetanico. Accenna anzitutto alla possibilità di una lunga *latenza* dell'infezione tetanica, nel senso che possono persistere a lungo bacilli del tetano nel seno delle ferite, senza determinare sintomi della malattia, oppure determinando soltanto sintomi di tetano *frusto;* a tal riguardo, ha molta importanza l'esame batterioscopico sistematico del secreto delle ferite, il quale può permettere di scoprire il germe inopinatamente. — Il reperto ha però valore soltanto se positivo: non ne ha nessuno se negativo. Così, ad es., in due casi di tetano nei quali fu fatta ripetute volte la ricerca nel secreto delle ferite, non si riuscì mai a scoprire i bacilli, mentre si ottenne positiva la prova biologica della inoculazione negli animali. Evidentemente, soltanto la prova biologica ha valore assoluto, ma l'esame batterioscopico ha importanza ai fini pratici, sia come orientamento, sia perchè, essendo positivo, autorizza ad iniziare senza indugio la terapia antitetanica e quindi consente di guadagnare un tempo prezioso, e di attendere senza preoccupazioni il responso degli esami culturali e biologico. Per la prova biologica, si inoculino quantità non troppo piccole di materiale, abbreviando così il periodo di incubazione; per la prova culturale, usando i terreni alla pancreatina studiati dal Sinigaglia nel laboratorio dell'A., già in 36 ore si osservano abitualmente delle bellissime forme sporificate.

L'O. descrive quindi, e commenta, un caso di *tetano locale* in seguito a ferita asettica ad un braccio, e un caso complesso nel quale ripetute iniezioni di siero antitetanico valsero a far scomparire una esageratissima *eccitabilità riflessa* in un individuo che da oltre 8 mesi era stato gravemente ferito ad una gamba; ipereccitabilità riflessa attribuibile perciò a infezione tetanica rimasta latente e che aveva beneficiato della iniezione profilattica di siero antitetanico. Tale ipereccitabilità sarebbe dunque stata dipendente da fattori tossici eliminabili con la sieroterapia. — In altri casi l'ipereccitabilità fu l'unico segno obblettivo di una infezione tetanica *latente,* ma tuttora in atto, dimostrata anche dagli esami batteriologici (ferita della coscia con frattura del femore, al 59 giorno

— ferita della gamba con frattura delle due ossa, al 20 giorno). Anche in altri due casi gli esami batteriologici permisero di scoprire una sintomatologia frusta, ma più completa, senza però trisma.

L'O. riferisce infine tre osservazioni nelle quali in un primo tempo l'esame clinico non dimostrava (una sola volta a diagnosi batteriologica accertata) che una grande ipereccitabilità riflessa, con o senza scosse cloniche e contratture dell'arto ferito; laddove successivamente sono comparsi più o meno conclamati i sintomi classici del tetano. I pronti provvedimenti terapeutici hanno condotto a guarigione tutti codesti casi.

Dopo la 1ª comunicazione del prof. Donati:

SELMI ricorda anzitutto essere precetto rigoroso di medicina operativa non isolare mai, nelle allacciature, il tronco vasale dalla sua guaina cellulosa e nutritizia per uno spazio superiore a quello che è necessario pel passaggio del porta-laccio e ciò per non togliere ad un tratto piuttosto lungo d'arteria la sua fonte di vita e per non esporre, nei soggetti ateromarici, il paziente e il chirurgo a disastri immediati.

Tenuto poi presente (volendo giudicare per analogia) che la simpatectomia cervicale di cui egli pure ha raccolto personalmente parecchi casi molti anni or sono e la simpatectomia addominale ricordata dal Disserente, sono operazioni affatto inutili, crede che anche dal lato fisico-patologico sia azzardato attribuire alla guaina cellulosa delle arterie e ai filamenti del simpatico in essa contenuti un ufficio di qualche importanza per spiegare i fenomeni vasomotori e trofici che si son visti dopo legature d'arteria nei feriti della guerra attuale.

È d'opinione che se le allacciature fossero sempre fatte da chirurgi metodici e sicuri e se, come ha benissimo detto l'O., non vi fossero le concomitanze del fattore settico i postumi delle allacciature vuoi loro dolenti vuoi nella continuità sarebbero molto più semplici.

Prende parte alla discussione il prof. RIZZATTI.

Dopo la seconda comunicazione Donati:

SELMI si permette di ricordare che il tetano nelle sue svariate forme cliniche assume nel complesso tre modalità di andamento: vi ha, cioè, una forma *iperacuta*, una *acuta* ed una *cronica*. — La prima è superiore a qualsiasi risorsa chirurgica: gli ammalati muoiono in poche ore od in un giorno o due: nella seconda, suscettibile di intervento, la cura sieroterapica è di dubbio risultato: nei casi suoi anzi è sempre stata negativa sebbene praticata sotto tutte le forme fino ad ora consigliate. Nella terza varietà, di gran lunga più benigna, tutte le cure e quindi anche la sieroterapia, fanno buona figura; i casi enunciati dall'O. sono da riferirsi appunto a forme locali di tetano cronico e quindi alla più benigna

Crede che (come del resto è stato già ammesso da Patologi e Clinici) a spiegare le varie modalità e gravità del male sia da invocare la mancanza o la presenza di associazioni microbiche e su questo punto sarebbero interessanti nuove ricerche che potrebbero forse riuscire a spiegare anche il talora lungo periodo di incubazione rilevato dal Disserente e constatato anche dal Selmi in qualche caso, nonchè ad indirizzare forse la cura sieroterapica sopra un cammino più logico e foriero di migliori risultati.

Prendono parte alla discussione dell'argomento i soci proff. Centanni e Boschetti.

Diversi casi di una lacerazione spontanea dell'utero senza distocia meccanica.

Prof. G. RIZZATTI. — Il caso che porge occasione alla comunicazione è il seguente: l'O.; chiamato presso una partoriente, la trova già morta.

Pur non percependosi doppio battito estrae col forcipe il feto che si presentava pel vertice, in posizione anteriore al fondo pelvico, già ruotate. L'estrazione fu facilissima: al feto segue sangue fluido e di color piceo e, per semplice trazione sul cordone, la placenta. L'O. trova l'utero contratto in globo di sicurezza il che gli fa credere ad una lacerazione uterina. Ottiene di praticare l'autopsia e questa (eseguita dal collega dott. Barbanti) stabilisce una lacerazione del segmento inferiore a sinistra e la *causa mortis* nella conseguente inondazione peritoneale. La donna era una quarantaduenne, diecipara, con canale pelvico-genitale normale. Il feto era pure normale.

A questo caso assai interessante, l'O, ne può aggiungere altri due al tutto analoghi, da lui osservati insieme al collega prof. Pini.

Anche negli altri due casi, si trattava di multipare attempate (sui 40 ed oltre) con testa in normale posizione di vertice, al piano peritoneale, con dilatazione completa, nei quali fu estratto colla massima facilità e semplicità un feto al tutto normale come normale era il bacino. Il primo di questi due casi fu trattato col metodo aspettante, l'altro colla laparatomia a domicilio. Ambedue le volte seguì il decesso.

L'O. non vuole però lasciar l'uditorio sotto l'impressione di questa alta mortalità e ricorda come nella clinica del prof. Fabbri i cinque casi di rottura uterina occorsi in un decennio, tutti operati coll'amputazione alla Porro, finirono tutti, come riferì a suo tempo il collega Pini, colla guarigione.

Questi casi clinici si scostano completamente dal quadro classico della rottura uterina, quale è data da tutti i trattati e monografie; ove sempre si parla di un ostacolo (più o meno grave e rilevante) o di una qualche altra deviazione dalle condizioni normali di anatomia o di travaglio. In modo particolare poi non si trovano accenni di lacerazioni uterine avvenute nelle condizioni meccaniche ed anatomiche di parto imminente.

Riesce dunque nuova, almeno a conoscenza dell'O., la figura clinica dei tre casi riferiti in cui si ebbe *rottura spontanea del segmento inferiore in donne con bacino normale e quando nessun ostacolo si poneva all'uscita del feto: dacchè la presentazione al tutto normale era ormai, con dilatazione completa, al fondo pelvico che per la multiparità non offriva alcuna resistenza.*

Se non dunque nelle condizioni meccaniche del

parto, nè in rilevabili anomalie della parete uterina, la causa della lacerazione deve risiedere in una particolare debolezza del segmento inferiore.

L'O. pensa che di due elementi si debba quì particolarmente tener conto: la multiparità e l'anzianità. Crede abbia ragione Herlitzka quando afferma che la ricostituzione del segmento inferiore dopo il parto sia spesso imperfetta nel senso che le fibre e le lamelle muscolari non riprendano con esattezza i rapporti primitivi, e ne resti assottigliata, e quindi più lacerabile la parete del segmento inferiore.

L'anzianità deve favorire quelle alterazioni istologiche che finora non furono con risultato ricercate.

Disgraziatamente in nessuno dei tre casi si potè seguire il decorso clinico, così da poter affermare od escludere che avesse preceduto la sindrome classica minacciante rottura uterina.

Può dire che in uno solo dei tre casi risultò esser stata data segale: nel più recente questo è escluso. In questo ultimo il travaglio fu anche abbastanza breve (3 ore prima della rottura del sacco, 6 ore prima della morte).

In queste condizioni non si possono trarre conclusioni che valgano ad istruirci per altri casi analoghi, sopratutto nel senso di estendere le indicazioni e l'uso del forcipe al piano peritoneale.

Soltanto l'O. crede si possa pensare che la relativa frequenza con cui il caso disgraziato si presentò nella sua pratica clinica debba essere sprone per un'osservazione più diligente, la quale, forse, dimostrerà che esso è meno raro di quanto finora si è pensato ed insegnato. Forse molte volte la anomalia è l'ostacolo che si credette di riconoscere come causa meccanica avevano importanza molto discutibile mentre, forse, tutta l'importanza stava nella debolezza del segmento inferiore.

Prof. GUZZONI. — I casi esposti dal prof. Rizzatti sono interessanti: se, come egli giustamente ha osservato, le rotture d'utero vanno facendosi meno frequenti e se è a tutti nota la sintomatologia delle lacerazioni del segmento inferiore, pare che diventino invece relativamente più frequenti del fondo la cui sintomatologia è ancora oscura.

RIZZATTI. — Ringrazio il prof. Guzzoni delle cortesi espressioni. Le rotture del fondo e del corpo avvennero per lo più in gravidanza ed in casi di precedenti interventi o di proprietà distruttive del villo (mola vescicolare).

Nei casi da me ora riferiti al tavolo operatorio ed all'anatomico la lacerazione non differiva da una comune lacerazione da distocia meccanica: solo la distocia non c'era.

Sugli emopiotoraci consecutivi a ferite pleuro-polmonari.

BIANCHERI. — In 17 casi di versamento pleurico emopurulento in seguito a lesioni traumatiche della pleura e del polmone, e dall'esame dei risultati ottenuti nei feriti recenti e in quelli capitati tardivamente all'osservazione, tutti operati di resezione costale unica o multipla, e se multipla a gradino, il più declive possibile, fra l'ascellare media e l'emiscapolare con drenaggio di gomma e garza in primo tempo, e medicatura a piatto in seguito. Credo si debba concludere che:

la costotomia precoce con resezione costale è da preferirsi alla aspirazione ed alla pleurostomia semplice, perchè prosciuga rapidamente e costantemente la cavità e dà modo al polmone di espandersi;

non esistono per essa controindicazioni perchè anche ad un paziente grave, solo con questo sussidio si può portare un miglioramento;

si ridona al polmone e alla pleura, non ancora irreparabilmente lesi, la possibilità di reintegrarsi nella loro funzione;

si ovvia al gravissimo esito degli spazi vuoti intrapleurici con relativa fistola toracica molto spesso ribelle ad ogni cura.

Sulla comunicazione Biancheri il prof. Selmi osserva che il buon esito delle operazioni per emopio-torace dipende dalle condizioni primitive o secondarie del polmone.

Nei casi semplici e recenti, con lesione superficiale del viscere, anche la semplice pleurotomia serve allo scopo. Cita un caso occorsogli 16 anni or sono, caso grave perchè dovuto a ferimento (e quindi sotto il controllo dell'autorità giudiziaria) in cui la pleurotomia sola portò rapidamente a guarigione il malato.

Da una lunga serie di casi raccolti in quasi venti anni di esercizio chirurgico ha tratta la convinzione che occorra anche qui ispirarsi ad un sano eclettismo e pure essendo partigiano della resezione costale che è operazione da trent'anni o più entrata nel dominio della chirurgia corrente, non può non riconoscere come anche la pleurotomia e talvolta lo sola puntura evacuatrice abbiano portato a guarigione i casi recenti se non associati a gravi lesioni polmonari. Se invece il polmone è da tempo attelettasico o se l'emo-pio-torace, pure recente, è secondario a grave lesione o ad ascesso polmonare allora, come è evidente, non basta la resezione di un pezzo di costola, ma anche le vaste, razionali demolizioni bene spesso non riescono a salvare i pazienti.

Prende parte alla discussione dell'argomento il prof. DONATI.

Dott. G. STUFLER.

Società Medica di Parma.

Seduta del 15 giugno 1917.

Sulla craniotomia per ferite da armi da fuoco.

Prof. C. MONGUIDI. — Dopo aver riassunto in breve lo stato attuale del trattamento delle ferite craniche da proiettili di guerra, espone i casi avuti in cura negli ultimi mesi in un ospedale di tappa.

Considera separatamente quelli con lesioni craniche estradurali e gli altri con lacerazione delle meningi e dimostra come la craniotomia inoffensiva per sè, sia sempre consigliabile per la estrazione dei corpi estranei, delle scheggie ossee, per il migliore

drenaggio della ferita e per impedire che l'infezione, che generalmente accompagna dette lesioni, abbia a diffondersi producendo alterazioni endocraniche sempre gravissime.

Sul liquido cefalo-rachidiano nella meningite cerebro-spinale.

Dott. A. CONTI. — L'O., avendo avuto modo di osservare parecchi casi di meningite cerebro-spinale ha potuto constatare che alcune volte si manifestarono come mortali quelle forme in cui il liquido fuoriusciva con la puntura lombare limpido e negativo all'esame citologico.

Fatte alcune considerazioni su questo fatto passa a esporre ciò che più lo interessa pel momento e cioè che detto liquido all'apparenza indenne si distingue da quello estratto in individui sani per il seguente fenomeno.

Mentre il liquido normale, raccolto stabilmente, si conserva per molto tempo limpido e solo dopo molti giorni può depositare un tenue e chiaro deposito sul fondo della provetta, quello limpido dei meningitici dopo breve tempo deposita sulle pareti e sul fondo della provetta un aderentissimo e sottile strato di una sostanza brunastra.

Non ha avuto modo di studiare detta sostanza, ma richiama sull'argomento l'attenzione dei colleghi perchè le indagini siano continuate.

Pleurite essudativa ed autosieroterapia.

Dott. A. CONTI. — L'O. dichiara che hanno torto tanto gli avversari che i laudatori ad ogni costo come gli incerti sul valore dell'autosieroterapia nelle pleuriti essudative.

Detto metodo terapeutico ha le sue nette e precise indicazioni, ha un valore prognostico grandissimo anche quando fallisce.

Bisogna escludere i casi che guariscono colla semplice puntura esplorativa, e quindi non intervenire che quando si sia sicuri che essa ha mancato allo scopo terapeutico.

Quando il versamento dati da lungo tempo è difficile che l'autosieroterapia giovi, a quella guisa che è raro che giovi radicalmente una sola toracentesi.

Difficilmente riesce quando il versamento, anche se recente, abbia raggiunto proporzioni imponenti.

Quando si pratichi nelle condizioni più favorevoli: versamento recente non eccessivo l'autosieroterapia, anche se la puntura esplorativa non bastò dà buoni risultati e rapidamente.

Se ciò non è si può tentare una seconda volta, ma la riuscita è difficile e occorre ricorrere ad altri mezzi.

Come per la puntura esplorativa l'azione deve quasi essere di sorpresa.

Quando l'autosieroterapia non riesce l'O. fa prognosi riservata non per la guarigione del processo, che con altri mezzi riesce, ma per i seguenti fatti: o, indagando sottilmente, si troveranno fatti tubercolari dimostrabili nell'organismo, oppure con grande frequenza si avranno fenomeni tubercolari a distanza non solo di tempo, ma anche di organi (polmoni, articolazioni, reni, ecc.).

Su un caso di malformazione congenita dell'arto inferiore.

Dott. A. ROSSI. — L'O. illustra, con fotografie e radiogrammi assai-dimostrativi, un caso di malformazione congenita dell'arto inferiore; l'interesse del caso è dato dal fatto che all'aplasia parziale del perone e di una parte soltanto del raggio peronale del piede si associano alterazioni a carico del raggio tibiale. Inoltre nella tibia, nel punto di maggior incurvamento, la radiografia dimostra una zona trasversale di ispessimento osseo: questo fatto nuovo dà occasione all'O. di ricordare la patogenesi delle malformazioni dell'arto inferiore e di portare un contributo al suo studio.

Osservazioni intorno a l'azione di alcuni farmaci su la circolazione cerebrale dell'uomo. Dimostrazione di risultati sperimentali.

Dott. G. MANFRONI. — L'O. espone in forma riassuntiva presentando il materiale raccolto, osservazioni fatte sopra una ragazzina di 10 anni con discreta perdita ossea cranica di origine traumatica, in corrispondenza della regione frontale e del polo anteriore dell'emisfero cerebrale destro.

Stabilito che il soggetto in questione sotto ogni punto di vista poteva prestarsi ad una serie di indagini sperimentali sistematiche, seguì il tecnicismo classico del Mosso per la registrazione dei movimenti del cervello, tenendo in pari tempo conto della respirazione.

Premesse, allo scopo di assicurarsi delle buone condizioni sperimentali, alcune indagini con farmaci notoriamente dotati di sicura e tipica azione cardiovasale, pensò di intraprendere, da questo aspetto, lo studio di alcune *sostanze odorose*, già impiegate da i medici antichi, e sino dal volgo, specialmente come antispasmodici nel senso vago dell'espressione.

Crede, in base al procedimento tenuto, che le modificazioni rilevate nel polso cerebrale, per lo meno in grandissima parte, debbano essenzialmente attribuirsi ad influenza indiretta, cioè esercitata sul fattore circolatorio per mezzo della stimolazione della sfera sensoriale olfativa.

In realtà all'inalazione di una qualunque delle sostanze studiate costantemente tengono dietro aumento di volume del cervello e di ampiezza del polso oltre ad altre particolari variazioni di questo.

Sarebbero rilevabili differenze sensibili di comportamento tra sostanze di odore gradevole e sostanze di odore sgradevole. Comunque, il respiro non entra certamente in questo caso, come fattore delle modificazioni circolatorie rilevate.

Sembrerebbe, in conclusione, che i fatti osservati dovessero parlare in favore dell'uso clinico di tali sostanze chimiche in genere come rimedii atti a stimolare il cervello anche indirettamente, cioè con l'intermezzo di modificazioni circolatorie, e quindi nutritive, di cui sarebbe dato al medico di trarre partito, sopratutto in circostanze nelle quali l'arsenale terapeutico non offre altre migliori risorse.

Prof. E. PELICELLI. — *La necessità ed utilità della protesi provvisoria nei mutilati di guerra.*

R.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sintomi clinici e diagnosi del paratifo A al campo.

Mentre non mancano pubblicazioni intorno al paratifo B, poche sono invece quelle che riguardano il paratifo A, cui si era dato fino adesso poca importanza, considerandolo molto simile nel suo decorso a un tifo addominale di media gravità senza riconoscergli sintomi caratteristici: si era distinta una forma tifosa da una gastroenterica, la prognosi era sempre ritenuta favorevole e non erano state descritte complicazioni.

Le storie cliniche di 23 malati osservati dal medico reggimentale E. Mayerhofer e dal suo assistente Dr. Yilek (*Med. Klinik*, n. 41), mostrano che il paratifo A è una malattia grave, di lunga durata, che non è esente da recidive e complicazioni e che la prognosi *quoad vitam* non può sempre essere favorevole.

Le conclusioni tratte dai due autori sono le seguenti:

il paratifo A è stato osservato al campo in forma di piccole epidemie (di epidemia di tale infezione si può parlare soltanto quando, fra i casi di paratifo, quelli A, di solito più raro, sono più numerosi di quelli B);

il decorso clinico del paratifo A è vario. Non mancano mai i sintomi caratteristici della forma tifosa, ma oltre a questi si riscontrano sintomi svariatissimi che possono alternarsi in ogni singolo caso: fenomeni gastroenterici, coleriformi, dissenterici e talora tali da far pensare al tifo esantematico.

Una diagnosi esatta del paratifo A è impossibile; si potrà solo sospettarlo quando si osserverà la summenzionata varietà di manifestazioni. Il quadro presenta spesso anche una falsa o esagerata riproduzione di alcuni sintomi del tifo classico: così, p. es., si è talora osservata una roseola simile a quella della rosolia o del morbillo che copriva tutto il corpo.

La diagnosi si potrà solo stabilire con l'esame batteriologico del sangue al momento dell'esantema o da quello delle feci e dell'urina.

Bisogna però notare che possono aversi infezioni miste e che vi sono degli stipiti di paratifo A che, coi metodi di ricerca finora adoperati possono confondersi con culture B o con quelle del tifo addominale comune.

Al principio della malattia si dovrà guardarsi dal confondere il paratifo con la dissenteria, il tifo addominale, la gastroenterite, la semplice intossicazione alimentare; durante lo stadio della roseola dalla rosolia, dal morbillo, dal tifo esantematico. Una congiuntivite concomitante o la trasformazione dell'esantema in una forma petecchiale potranno rendere assai difficile la diagnosi: altre forme infine si possono confondere col colera.

Complicazioni osservate sono: grave parotite bilaterale con reperte di bacilli nel pus, adeniti varie, ascessi dei muscoli retti addominali, orchite purulenta con formazione di fistole, tumefazione del fegato con ittero, tromboflebiti, gravissimi decubiti. G. M.

Da che cosa dipende la differente mortalità per gangrena gassosa in pace e in guerra?

Leo Zwidel (*Münch. Med. Wochenschrift.*, n. 47, 1916), osserva che, mentre le **statistiche** fatte in tempo di pace davano per la gangrena gassosa una mortalità dal 75 al 90%, quelle fatte dai vari autori durante questa guerra, riducono la mortalità al 53, ed alcuni fino al 18 e persino 10%!

Non è ammissibile che la chirurgia abbia fatto a questo riguardo progressi così strabilianti: secondo l'A. la prognosi favorevole data dalla più recente letteratura è dovuta al fatto che molti, sia pur valorosi chirurgi, non avevano mai avuto occasione in tempo di pace di osservare e curare una vera gangrena gassosa: con tutta probabilità quindi essa è stata in questi ultimi tempi assai spesso confusa con altre infezioni presentanti un quadro assai simile a questo ma che se ne differenziano principalmente per il decorso tanto più mite.

Non si spiegherebbe in altro modo come alcuni autori possano parlare di guarigioni ottenute senza ricorrere a operazioni demolitive, ma semplicemente con delle incisioni.

La causa principale di tutta questa confusione però è dovuta al fatto che non esiste una classificazione precisa di queste varie forme nè una definizione esatta di vera gangrena gassosa.

La distinzione in forme maligne e forme benigne corrisponderebbe bene al decorso della malattia, ma si presterebbe ad equivoci perchè troppo legata a criteri individuali.

L'A. propone di comprendere nella denominazione di gangrena gassosa, le forme a decorso grave e che hanno esito letale se non s'interviene subito in modo radicale: in esse il gas impregna profondamente i tessuti: i sintomi generali sono gravissimi e si ha rapida necrosi della parte, senza suppurazione.

La diagnosi sarà sicura solo se si trovano gli agenti (b. di Fraenkel e simili) nella sierosità dell'edema e se le inoculazioni negli animali dànno esito positivo, cose tutte ben difficili a farsi negli ospedali da campo.

Sotto la denominazione di *flemmoni con produzione di gas* l'A. comprenderebbe le forme in cui predomina il carattere del flemmone e in cui si ha contemporaneamente un'infezione con batteri producenti gas, misti a batteri piogeni.

Tali forme si differenzierebbero dalle prime specialmente per il decorso mite e perchè il gas invade soltanto i tessuti superficiali.

Una statistica fatta con questi criteri, secondo l'A., mostrerebbe che la mortalità per gangrena gassosa è la stessa in pace come in guerra.

L'utilità poi di una netta divisione tra queste infezioni è facile a comprendersi se si pensi che una diagnosi sicura può, nel caso si tratti di vera gangrena gassosa, permettere d'intervenire a tempo in modo radicale e, nel caso si tratti semplicemente di flemmone con produzione di gas, evitare una inopportuna amputazione. G. M.

Sul tetano post-serico.

Sotto questo titolo A. Lumière ha pubblicato negli *Annales de l'Institut Pasteur* di gennaio 1917, un lavoro molto interessante. Ne diamo le conclusioni:

1° Le iniezioni preventive di siero antitetanico non hanno un'azione profilattica assoluta ed illimitata.

2° La durata dell'immunità assoluta conferita dal siero non può essere precisata, essa dipende dalle proporzioni di tossina e di siero preventivo in lotta nell'organismo.

3° I casi di tetano post-serico sembrano siano dovute alle seguenti due cause principali:

a) secrezione molto abbondante di tossina dalla ferita sproporzionata alla dose di siero iniettato (tetano post-serico precoce);

b) liberazione nei tessuti di spore del tetano allo stato di vita latente in seguito ad un intervento chirurgico secondario o di un trauma quando l'attività dell'antitossina è già esaurita (tetano post-serico tardivo).

4° Il tetano post-serico precoce nella maggioranza dei casi può essere evitato sbrigliando le ferite, sbarazzandole accuratamente dei corpi estranei, drenando largamente, e ripetendo una o più volte la iniezione di siero.

5° Il tetano post-serico tardivo in una buona metà dei casi può essere evitato ripetendo una nuova iniezione di siero in occasione di interventi chirurgici secondari.

6° La sieroterapia preventiva talora imprime al tetano post-serico caratteri particolari deformando più o meno la sintomatologia ed il decorso clinico della malattia.

7° In un certo numero di casi di tetano post-serico (28%) l'antitossina iniettata evita la fissazione del veleno microbico sul sistema nervoso centrale, limitando la sua azione ai nervi motori dell'arto ferito. Questi tetani localizzati senza trisma hanno molto meno gravità delle altre forme.

8° In altri casi (24%) i centri bulbo-midollari sono protetti dall'antitossina, ed allora si constata la comparsa d'un trisma tardivo o incompleto che accompagna la contrattura locale. La prognosi in questi casi è meno favorevole.

9° Quando l'antitossina non preserva il sistema nervoso centrale si osserva la forma postserica con trisma immediato (29%); in questi casi la prognosi è molto grave.

10° Il trattamento del tetano post-serico consiste nella somministrazione sollecita di alte dosi di siero. Si tratta di combattere le manifestazioni sintomatiche e giova quindi ricorrere al cloralio, alla morfina, alle iniezioni di solfato di magnesia o di persolfato di soda.

a. a.

TERAPIA.

Vaccinoterapia della pertosse.

Caronia (*La Pediatria*, 1917, p. 358) adopera, con soddisfacenti risultati, nella terapia della pertosse, un vaccino allestito col germe di Bordet e Gengou nel seguente modo: si fanno emulsioni di culture di 48 ore in acqua distillata fenicata al 0,5 % e si lasciano a temperatura ambiente per 3 giorni, si aggiunge cloruro sodico sino alla concentrazione dell'8.5 ‰ e si dosa il vaccino in modo che contenga due miliardi di germi per cmc. Il vaccino così preparato si inietta per via ipodermica, o endomuscolare, nella quantità di 1 cmc. al giorno od a giorni alterni, sino a guarigione o attenuazione dei sintomi. Esso determina lieve reazione generale e talora modica reazione locale.

Sopra 155 bambini così trattati l'A. ebbe il 61.28 % di guarigioni, il 32.25 % di miglioramenti; nel 6.45 % dei casi non si osservò nessun giovamento.

Una esperienza di vaccinoprofilassi riferita dall'A. sembra dimostrare l'efficacia di tale sistema di prevenzione.

Non discordi sono i risultati ottenuti da Romolina Pastore (*La Pediatria*, 1917, p. 367) con un vaccino contenente 1 e ½ miliardo di germi per cmc. preparato emulsionando in soluzione fisiologica culture di 24-48 ore del *B. pertussis* e riscaldando la sospensione per mezz'ora a 55° C. Se ne inocula 1 cmc. ogni giorno, per 7-10 giorni. Ottiene i seguenti risultati: guarigioni 50 %; miglioramenti 38.89 %; nessun giovamento nell'11.11 % dei casi.

Questi confortevoli risultati, che provengono dalle Cliniche pediatriche di Napoli e di Palermo, confermano anche l'importanza etiologica del germe di Bordet e Gengou o almeno dimostrano che nelle nostre regioni la pertosse è causata dal *B. pertussis*. Si sa che oggi si tende ad ammettere che la stessa forma morbosa può essere prodotta da diversi agenti ed è noto che, in Romania, Manicatide isolò dai casi di pertosse un suo bacillo Z, la cui specificità sembra comprovata dalle reazioni immunitarie.

L'esclusiva importanza etiologica del B. di Bordet e Gengou nelle pertossi che si osservano in Italia, è dimostrata anche dalle ricerche di Porcelli (*Rivista di Clinica Pediatrica*, 1916, sett.), il quale ha messo in evidenza nel sangue dei pertossici delle agglutinine specifiche per il *B. pertussis*, mentre non è dimostrabile alcun potere agglutinante per il bacillo Z. Identici risultati si ottengono con la deviazione del complemento. L'A. ha sempre isolato dai casi di pertosse il bacillo di Bordet e Gengou e, solo in un caso, lo trovò associato con un germe identificabile con il bacillo di Manicatide.

Recenti osservazioni sul valore terapeutico e profilattico del vaccino della pertosse ci giungono anche dagli Stati Uniti di America.

Luttinger (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1917, vol. 68°, p. 1461), confrontando 952 casi di pertosse trattati col vaccino, con 149 curati con altri metodi, dimostra che lo stato acuto della malattia è di durata più breve e di intensità assai minore negli individui curati col vaccino, purchè si intervenga nella prima o seconda settimana; porta pure delle statistiche assai favorevoli all'uso profilattico del vaccino.

Sholly, Blum e Smith (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 1917, vol. 68°, p. 1451) fanno però delle riserve sulla efficacia curativa e profilattica del vaccino della pertosse ed, in base alle loro ricerche, ritengono essere necessarie, prima di trarre una conclusione in proposito, un assai maggior numero di osservazioni e di controlli.

g. s.

Sul trattamento specifico della paralisi infantile.

Sophian (*Journal American Medical Association*, 1916, pag. 426), riferisce i risultati delle sue esperienze sulla cura della poliomielite acuta fatta durante la recente epidemia a New York. Il trattamento, secondo il detto autore, consta di: 1° Mezzi adatti a diminuire l'idrocefalo; 2° iniezioni intraspinali di siero umano normale o di convalescenti dell'infezione stessa e di siero di cavallo; 3° mezzi adatti a combattere sintomi speciali, come la paralisi respiratoria; 4° trattamento sintomatico generale; 5° trattamento ortopedico.

L'idrocefalo di solito non è frequente nè molto pronunziato: si ha sopratutto nello stadio acuto e particolarmente nelle forme a tipo cerebrale dando stupore, cefalea intensa, convulsioni e difficoltà di respirazione. Al riguardo bisogna ricordare che la paralisi dei centri respiratori è la causa ordinaria di morte nella poliomielite. Occorre quindi combattere con sollecitudine l'idrocefalo, il che si ottiene mediante la puntura lombare. Poichè la produzione di una iperleucocitosi nel liquido cefalo-rachidiano ha un deciso valore terapeutico nel trattamento della poliomielite epidemica, occorre provocare questa iperleucocitosi mediante le iniezioni intraspinali di siero di cavallo normale o meglio di siero umano. Queste iniezioni dovrebbero essere praticate nei primi stadî della malattia, durante il periodo infiammatorio acuto, possibilmente nella fase preparalitica per prevenire i disturbi motori e cercare di arrestare il progresso dell'affezione.

L'uso del siero di sangue ottenuto da individui convalescenti di poliomielite offrirebbe il vantaggio di unire all'azione stimolante dell'attività leucocitaria del siero quello dovuto alla presenza di anticorpi.

La esistenza di questi anticorpi fu dimostrata sperimentalmente nelle scimmie e Netter ha riferito che l'uso del siero di convalescenti in 32 casi gli ha dato eccellenti risultati. Sophian però ritiene che esso non è più efficace del siero umano comune o del siero di cavallo. In genere qualunque di essi si adoperi si ha sempre un miglioramento di tutti i sintomi generali, una minore gravità e diffusione delle paralisi, una più breve convalescenza.

Il trattamento dello stato acuto consiste sopratutto nell'isolamento, riposo assoluto, nutrizione leggera e corroborante. Per la stipsi giova il calomelano; per la cefalea, i dolori, le smanie giovano la fenacetina e le applicazioni calde.

Per diminuire la congestione midollare si applicherà sulla schiena una vescica di ghiaccio.

Flexner sostiene che la somministrazione di atropina combinata con l'acido benzoico dia buoni risultati specialmente se adoperata nei primi giorni. L'atropina, che passa rapidamente nel liquido cefalo-rachidiano, avrebbe una spiccata azione battericida sul germe dalla poliomielite.

Quando è già comparsa la paralisi e lo stato infiammatorio acuto è spento, giovano la stricnina e tutte le pratiche che valgono a favorire la nutrizione dei muscoli paralizzati, come il massaggio, i movimenti passivi ed anche l'elettricità, benchè non tutti siano d'accordo sulla sua utilità.

In seguito si ricorrerà alla rieducazione muscolare metodicamente diretta ed eventualmente alle cure chirurgiche (innesti tendinei, muscolari, nervosi, osteotomie, ecc.). *a. a.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Gli effetti patologici dell'ossigeno.

Da esperienze di Howard L. Karsner (*Journal of. experim. médicine*, 1916, pag. 150) risulta che un'atmosfera, la quale contenga 80-96 % di ossigeno alla pressione normale, produce entro 24-48 ore, nel polmone, congestione, edema, degenerazione e desquamazione epiteliale, formazione di fibrina, e finalmente un tipo di broncopneumonite fibrinosa.

Si nota anche una leggera congestione passiva, dovuta in generale a dilatazione cardiaca; tale congestione interessa i visceri addominali ed è accompagnata da alterazioni secondarie, come rigonfiamento torbido degli organi parenchimatosi e fagocitosi delle emazie da parte delle cellule epiteliali dei nodi linfatici mesenterici.

Non sono state notate altre modificazioni patologiche nel sangue, milza, noduli linfatici o midollo osseo. FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(861). *Lotta contro i topi nelle trincee.* — Al dott. A. M. in Zona di guerra:

È tutt'altro che facile. La prima indicazione è la profilassi nel senso di custodire gli alimenti in recipienti non facilmente raggiungibili; p. e. tenendoli sospesi o ben chiusi.

La vera lotta si può fare: *a) con le trappole;* non è molto efficace ma può coadiuvare bene gli altri mezzi di lotta, specialmente quando si cambi spesso il tipo di trappola. Uno dei più semplici è costituito da una specie di tagliuola in cui una tavola con al disopra un peso ed eventualmente munita di chiodi, è tenuta in bilico in modo che non appena sia toccata l'esca, la tavola cade e schiaccia il topo; *b) con i veleni*: si possono usare solo quando non vi siano altri animali (gatti, cani); il più pratico è il fosforo (pasta badese, capocchie di fiammiferi) che si mescola con alimenti, specialmente con pezzetti di formaggio. Buoni risultati dà anche la spremitura dei bulbi di scilla, da diluire con latte; se ne imbeve del pane; *c)* con colture di batteri patogeni per i soliti topi (virus Bruschettini, Danysz); *d) con i cani;* ottimi sono i *fox-terriers* che quando sono bene addestrati ne fanno delle caccie abbondanti; i gatti servono solo per i topi piccoli, mentre davanti a quelli grossi, scappano. FIL.

(862). *Trattamento delle emorragie del post-partum con mezzi meccanici.* — Al dott. R. T. da M.:

Contro questo grave incidente del secondamento — *dopo essersi assicurati che l'utero sia vuoto* — i mezzi meccanici consigliabili sono i seguenti:

1) *Compressione dell'aorta*, che può eseguirsi con la fascia anelastica proposta da La Torre fin dal 1875; in seguito Momburg ha consigliato l'uso di un laccio elastico. 2) *Compressione del corpo uterino contro il pube.* 3) *Compressione intrauterina* tenendo nell'utero la mano chiusa a pugno ed esercitando con l'altra mano una contropressione dall'esterno. Mezzo coadiuvante molto utile è anche l'elevazione della pelvi.

I. P.

(863). All'abb. n. 4739 suggeriamo:

PIERACCINI. *Patologia del lavoro.* Soc. editrice libraria, Milano. — LORIGA. *Igiene industriale.* F. Vallardi, Milano. — GIGLIOLI. *Le malattie del lavoro.* Dono del Policlinico per l'anno 1902. — *Hygiène industrielle* nel Trattato di igiene di Chantemesse e Mosny. S. B. Baillière, Parigi. — T. WEYL. *Handbuch der Arbeiterkrankheiten.* Fischer, Jena.

In quest'ultimo, come nel vol. VIII di *Handbuch der Hygiene* di Weyl, le industrie chimiche sono largamente trattate. Nelle annate del Ramazzini troverà pure molti lavori sull'argomento.

VARIA.

Sistema per conservare a lungo il pane.

Il quesito ha sempre preoccupato le autorità militari di ogni paese e non poche furono le prove fatte con risultati più o meno favorevoli. La necessità dell'invio del pane ai prigionieri ha determinato una ripresa per la sua soluzione ed il Freurent ha comunicato all'Accademia delle Scienze di Parigi alcune sue esperienze che non mancano d'interesse.

Anzitutto la pasta del pane deve essere cotta entro forme parallelepipede in tal quantità da ottenere un pane non superiore ad 1 kg., con una bella crosta liscia, e l'azione del calore deve essere prolungata in modo sufficiente perchè avvenga una certa quale sterilizzazione della massa. All'uscita dal forno le pagnotte sono strettamente avviluppate entro due fogli di carta resistente e legate con un cordoncino e quindi rimesse per 15′ nel forno, la cui temperatura però non deve sorpassare i 130°. Così confezionato il pane soggiornò per più mesi entro un ambiente umido ed oscuro senza che si alterasse.

Per l'inviluppo, la carta gialla chiara formata di pasta di legno e cellulosa ed incollata con fecola, diede il pane meglio conservato.

(Dal *Boll. chim.-farm.*).

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Prof. Antonio Berlese. *Insetti delle case e dell'uomo e malattie che diffondono*, 1 vol. in-16° (Manuale Hoepli) di pag. 280 con 100 figure. U. Hoepli ed., Milano, L. 4,50.

L'importanza degli insetti per la patologia e l'igiene è andata crescendo man mano si sono riconosciuti i pericoli che essi rappresentano nella diffusione delle malattie rispettive. Oltre a ciò essi possono arrecare all'economia domestica, dei gravi danni da cui non sempre sappiamo difenderci a dovere.

L'insigne naturalista ci presenta qui i diversi insetti, come parassiti, commensali, ospiti, ed ausiliari, e ce ne descrive, in forma piana e spesso arguta, le fattezze, e le abitudini, insegnando il modo di preservarci e di distruggerli.

Nessuna pesante trattazione sistematica ingombra questo lavoro, che è di lettura piacevole e di utilissima consultazione. Solo non comprendiamo perchè l'A. non abbia fatto cenno dell'acaro della scabbia e della *tsétsé;* passi per quest'ultima, che appartiene alla patologia tropicale, ma ci sembra che il primo avrebbe potuto trovare anch'esso il suo posto, accanto agli altri insetti parassiti. Fil.

A. Balfour. *The Medical Entomology of Salonicca.* 1 op. di pag. 25, con 31 fig. Londra.

Il dott. A. Balfour, direttore dell'Istituto Wellcome per ricerche scientifiche, ora tenente colonnello medico, ha tenuto un'interessente conferenza alla «Società Medica di Salonicco» sull'entomologia medica della regione e l'ha raccolta in un opuscolo, che viene mandato *gratis* a tutti i medici che s'interessano alla questione e che ne fanno richiesta alla sede di Londra dell'Istituto (The Wellcome Bureau of Scientifici Research, 10, Henrietta Street, Cavendish Square, London W.).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

D. Ottolenghi. Appunti per i disinfettatori. — Cagliari, 1917.

Pilotti G. Paralisi ascendente acuta (Sindrome di Landry). — Reggio Emilia, 1916.

Gilberti Pietro. Dopo un anno di chirurgia di guerra. Impressioni personali e note sintetiche su 1753 feriti. — Clusone, 1916.

Dori Luigi. L'assistenza ospedaliera nella Provincia di Pavia (1906-1913) e l'assicurazione obbligatoria contro la malattia. — Pavia, 1916.

Cattaneo Teresio. Studio radiografico dei calcoli vescicali. — Cuneo, 1916.

Turtur Giuseppe. Contributo allo studio dei rapporti fra alterazioni delle glandole endocrine ed otosclerosi con interessanti reperti anatomo-patologici ottenuti nei cani stimizzati. — Roma, 1916.

Sanarelli G. La patogenesi del colera (Nota preventiva). — Roma, 1916.

De Michele P. Per la tubercolosi nell'esercito. — Napoli, 1916.

Giauni V. Cardiopatie valvolari e reclutamento militare. — Siena, 1916.

Guelmi C. A. Sedici mesi di chirurgia di guerra. — Piacenza, 1916.

Giudiceandrea V. Il terzo anno della Scuola Samaritana di Roma (1915-1916). Relazione morale e finanziaria. — Roma, 1916.

Cozzoli Giulio. Trombosi traumatica della vena centrale della retina. — Napoli 1916.

D'Agostino Alberto. Innesto di un nervo di senso «safeno» su di un nervo di natura mista «sciatico». Ulteriori ricerche istologico-sperimentali sulla rigenerazione nervosa e sul ripristino funzionale del territorio muscolare sul quale ha agito l'innesto. — Biella, 1916.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

A proposito dell'on. Brunelli.

Una funzione apolitica non suppone, nè molto meno implica, in chi la esercita, l'assenza totale d'ogni sentimento patriottico: come la dovuta imparzialità e il nessun riguardo personale nei giudici, non significano che essi sieno moralmente apatici. Ora fra tutti i sentimenti umani, l'amore della Patria, il quale non è altro che una naturale espansione dell'amore della famiglia, è tanto ingenito in noi, che il combattere *pro aris et focis* era considerato in tutta l'antichità come istinto individuale e collettivo.

E però il sommo Leopardi nella canzone all'Italia ebbe ad esclamare:

Oh venturose e care e benedette
le antiche età, che a morte
per la Patria correan le genti a squadre.

Chi non si commove al pensiero della Patria o è un mentitore per cattivo partito preso, o è un degenerato. Per nostra fortuna questi tali sono ben pochi. Quanti italiani infatti, per esempio, trovandosi all'estero, potrebbero rimanere indifferenti, o contenersi dinanzi a chi parlasse male della nostra terra? Sciagurati di tal genere sarebbero certamente biasimati e disprezzati anche dallo straniero.

Facendoci ora più da presso al nostro intento, dobbiamo notare non senza dolore che noi siamo tuttavia nelle condizioni altamente lamentate, sei secoli addietro, da uno dei maggiori padri della poesia italiana, dal Petrarca; se non vogliamo dire che, sotto certi aspetti, ci troviamo in peggiore condizione. A quei tempi infatti le Alpi erano lo schermo naturale *posto fra noi e la tedesca rabbia;* oggi invece i barbari spadroneggiano di qua dalle Alpi, in una parte del rilevante d'Italia. Allora quelle *fere selvagge* erano chiamate, come forze mercenarie, da principi italiani dilaniantisi fra di loro per avidità di dominio e di ricchezza, a danno e strazio di *mansuete gregge*: oggi, non chiamate ma piuttosto esecrate, perfidiano a tenere il piede sulla cervice di tanti nostri fratelli in terra a noi usurpata. Allora il Poeta, che intendeva bene le lacrime e i sospiri del popolo italiano, si rivolgeva indarno a quei principi, accecati dall'ambizione e dall'ingordigia, assicurandoli che ad un loro cenno

Virtù contro furore
prenderà l'armi e fia il combatter corto:
Che l'antico valore
negli italici cori non è ancor morto.

Oggi, per nostra fortuna, l'Italia, accogliendo questo grido fatidico del Petrarca, s'è tutta rovesciata sul nemico, contro il quale compie tali atti di supremo valore, da sembrare gesta titaniche e prodigi più che eroici. Quale italiano non approva, non plaude, non s'inorgoglisce a tanto spettacolo di patriottismo e di gloria? In che conto possono essere tenute le rarissime anomalie che si scorgono in questo immenso coro di animi esultanti?

È deplorevole intanto e non fa certamente onore agli Ordini dei medici il vedere in questi pochissimi avversari delle rivendicazioni patrie, il proprio rappresentante nel Consiglio superiore di sanità, l'onorevole Brunelli, al quale la sua nota attività e la sua missione apolitica non devono scemare il torto di nutrire sentimenti manifestamente antitaliani; e per ciò i componenti il Consiglio Amministrativo dell'Ordine dei Medici della provincia di Catania non possono che negare la propria fiducia all'on. Brunelli e svalutarne i difensori. Il Consiglio unanime così ha deliberato.

Dott. L. MARCHESE
Presidente dell'O. dei Medici di Catania.

(Questo articolo, votato ad unanimità dal Consiglio, sarà iscritto nei verbali delle sedute).

Cronaca del movimento professionale.

Unione dei medici per la resistenza nazionale. — Si è costituita a Milano adottando il principio: «Non vi è cittadino che più del medico possa giovare alla resistenza nazionale». Ha iniziato la pubblicazione di un «Notiziario» di propaganda, che nel primo numero riporta una prima lista di oblazioni pro-Unione (sono state già raccolte più di 1700 lire) e reca informazioni varie di cronaca.

La sede provvisoria dell'Unione è in via G. Verdi, num. 9.

Nuovo regolamento pel Collegio di Perugia. — Un D. L. approva il nuovo regolamento per il Collegio-Convitto per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia. Tale regolamento sostituisce l'altro del 30 gennaio 1902 ed è in esecuzione della speciale legge 7 luglio 1901 già parzialmente modificata con la successiva del 2 luglio 1911. Consta di 16 articoli, alcuni dei quali disciplinano in modo esplicito la compilazione degli elenchi dei contribuenti, o ruoli, sia per parte dell'Ufficio Sanitario Provinciale, sia per parte delle amministrazioni centrali e di Stato; e regolano tassativamente le riscossioni per opera degli Enti comunali, delle Opere Pie, mediante le ritenute; interviene infine presso l'amministrazione del Collegio-Convitto perchè non manchi di fare il temporaneo deposito delle somme riscosse, da effettuarsi nel minor tempo possibile.

Per le promozioni degli ufficiali medici richiamati in servizio. — Il direttore dell'Ufficio Sanitario del Ministero della guerra, colonnello Della Valle, ha così risposto ad una interrogazione dell'on. prof. Cucca:

«Ho esaminato il memoriale inviatomi a vantaggio dei suoi colleghi e sono lieto di significare che i limiti di anzianità per l'avanzamento stabiliti con la circolare 392 Giornale Militare corrente anno, sono applicabili, oltre che agli ufficiali in servizio

attivo permanente, anche a quelli appartenenti alle categorie in congedo, purchè presentemente richiamati in servizio. Gli ufficiali stessi saranno, pertanto, promossi al grado superiore appena effettuate le promozioni degli effettivi aventi la stessa anzianità di grado».

Gli ufficiali medici per servizi civili. — Il Ministero della Guerra in accordo con quello dell'Interno, ha diretto ai prefetti una circolare che disciplina il trattamento degli ufficiali medici concessi alle amministrazioni civili in sostituzione di medici civili precettati in base al noto D. L. n. 1529.

Detta circolare determina:

1. Se gli ufficiali medici suddetti sono destinati al servizio delle Amministrazioni civili senza lasciare il servizio cui sono addetti presso l'esercito, continueranno ad essere amministrati dai corpi o riparti di cui fanno parte. Se invece essi debbano lasciare completamente il servizio, che prestavano nell'esercito, saranno amministrati per tutto il tempo in cui presteranno il servizio civile dal distretto militare nella cui circoscrizione si trova l'Amministrazione civile.

2. Durante il tempo in cui prestano servizio presso le Amministrazioni civili, gli ufficiali medici di cui al numero precedente riceveranno dall'Amministrazione militare lo stipendio del loro grado e l'indennità di servizio speciale, nonchè — coloro che si trovino nelle condizioni volute per avervi diritto — l'indennità giornaliera di L. 5 di cui al decreto ministeriale n. 1130 e l'indennità per gli ufficiali richiamati dal congedo fuori della loro residenza, cui al decreto luogotenenziale n. 1020 (circolare 520). È indennità comunque inerente alla qualità di ufficiale.

3. Le Amministrazioni civili presso le quali gli ufficiali medici prestano servizio, oltre a fare all'Amministrazione militare il rimborso della spesa fino alla concorrenza dei fondi disponibili stanziati, nei rispettivi bilanci, pei posti temporaneamente occupati dagli ufficiali stessi (quart'ultimo capoverso della circolare 751 del 1916), dovranno fornire all'ufficiale medico quello stesso mezzo di trasporto o quella stessa indennità che a tale scopo fornivano al medico civile precettato.

Per l'aumento di indennità di cavalcatura. — L'Ordine dei medici di Perugia ha inviato ai Sindaci dei Comuni di quella Provincia una lettera con la quale fà presente che insieme al forte aumento del prezzo delle biade, dei foraggi, delle essenze, ed in genere di quanto si riferisce ai mezzi di trasporto, è di pari passo aumentato per i medici condotti il costo del mantenimento della cavalcatura, od altro mezzo di trasporto, necessario al servizio di condotta.

Se la indennità ai medici condotti oscilla tra le 400 e 600 lire, oggi il fabbisogno è salito a 1200-1500 lire, secondo che si tratta di città o di campagna.

Cosicchè i medici condotti oggi, in mezzo alle crescenti difficoltà della vita, mentre ogni classe di impiegati ed operai chiede ed ottiene miglioramenti, vengono a subire una grave diminuzione di stipendio che oscilla tra le 600 e le 700 lire.

La lettera conclude esprimendo l'avviso che dal punto di vista legale, i medici condotti abbiano la facoltà di denunziare i contratti a *forfait* per il mantenimento della cavalcatura, precisamente come i farmacisti, dinanzi all'aumento di prezzo, hanno denunziato i contratti a *forfait* per la somministrazione delle medicine ai poveri, e perciò si chiede di risolvere amichevolmente la questione, facendo per questo appello alla buona volontà ed al senso di giustizia delle Amministrazioni comunali.

ATTI PARLAMENTARI.

Esonero dei titolari delle condotte.

L'on. Dore aveva presentato la seguente interrogazione: « Per sapere se non sia atto di giustizia il concedere l'esonero ai titolari delle condotte mediche anzichè agli interini anche in considerazione che i titolari delle condotte mediche appartengono quasi sempre a classi più anziane degli interini ».

L'on. Ministro della Guerra ha dato la seguente risposta:

« Nella concessione di esoneri delle condotte mediche ritenuti indispensabili ed insostituibili nei servizi civili questo Ministero ha sempre tenuto conto delle deliberazioni emesse nei singoli casi dalle competenti Commissioni Provinciali alle quali spetta accertare se il medico esonerando fosse anteriormente alla chiamata delle armi, in servizio della pubblica amministrazione.

« Se talvolta le Commissioni Provinciali hanno proposto per l'esonero medici condotti interini anzichè i titolari, ciò può essere dipeso dal fatto che questi ultimi appartenevano a classi giovani (decreto luogotenenziale 2 novembre 1916, n. 1529) oppure non si trovavano nelle condizioni tassativamente richieste dal decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469, per poter essere esonerati (inabilità permanente alle fatiche di guerra).

« Peraltro l'esperienza ha dimostrato che la applicazione del decreto 21 aprile succitato, pur accostandosi notevolmente alle molteplici necessità dell'assistenza sanitaria civile, ha lasciato a sua volta molte lacune e manchevolezze alle quali però si sta ora provvedendo con lo studio di apposito nuovo decreto d'accordo col ministero dell'Interno. Il nuovo decreto, informandosi a stretti criteri di equità, mira per l'appunto a disciplinare in modo generale ed uniforme la delicata materia delle dispense ed esoneri per tutti i medici aventi obblighi militari, eliminando, fra gli altri, anche l'inconveniente lamentato dall'onorevole interrogante ».

Indennità ai Direttori di Ospedali Militari.

L'on. Valenzani aveva interrogato in proposito il ministro della Guerra, il quale ha risposto:

« Le vigenti disposizioni stabiliscono già un'indennità di carica per gli ufficiali superiori medici direttori di sanità o direttori di ospedali militari principali, in relazione alla importanza delle loro

attribuzioni, e ciò costituisce una giusta distinzione per gli ufficiali medici preposti ai servizi sanitari più importanti.

« Non sarebbe però possibile estendere la indennità anche ai direttori degli altri ospedali di riserva, in quanto che l'entità delle loro incombenze non sono paragonabili a quelle dei primi ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6945). *Pagamento del certificato di morte.* — Dott. Fruta S. da M. — Non è ammissibile che firmi il certificato di morte un medico che non abbia fatto alcuna visita sanitaria al defunto. Infatti, non può attestare sotto la propria responsabilità e secondo la propria scienza e coscienza, la causa della avvenuta morte. Non essendo pertanto ammissibile l'ipotesi da Lei prospettata, non è il caso di parlare di compenso.

(6947). *Trattamento economico dei medici militari in servizio presso i Comuni.* — Dott. G. M. da L. — I medici militari che prestano servizio presso i Comuni hanno diritto allo stipendio del loro grado ed all'indennità di servizio speciale. A coloro che appartengono eventualmente a classi non ancora chiamate sotto le armi compete anche la indennità giornaliera di lire 5 agli effetti del D. L. 21 aprile 1916. Compete inoltre l'indennità stabilita per servizio fuori residenza in conformità del D. L. 6 agosto 1916, n. 1020. Circa l'ammontare preciso di tali indennità e compensi occorre che si attenga a quanto liquiderà il Distretto militare, cui è affidata l'amministrazione degli ufficiali, che hanno completamente lasciato il servizio presso il R. Esercito. Durante il tempo che prestano servizio presso i Comuni i detti ufficiali non possono ottenere dalle amministrazioni comunali che i soli mezzi di trasporto (cavalcatura o vettura) o quella stessa indennità che a tale scopo il comune forniva al medico civile precettato.

(6948). *Pensioni di riversibilità alle vedove dei sanitari.* — Dott. A. M. da M. — La vedova del sanitario inscritto alla Cassa di previdenza ha diritto, in concorso con la prole minorenne ad una indennità, se il sanitario stesso muore dopo un numero di anni di servizio non inferiore a 10 nè superiore a 24 anni sei mesi ed un giorno. La detta indennità è pari alla metà di quella che sarebbe spettata al sanitario nel giorno della sua morte.

(6950). *Indennità caro-viveri.* — Dott. O. B. da R. sul N. — Percependo, tuttocchè in aspettativa, l'intero stipendio dal Comune, ha diritto al pari degli altri impiegati alla indennità caro-viveri stabilita dal D. L. 24 luglio p. p.

(6951). *Indennità caro-viveri.* — Dott. P. V. da L. — A Lei che è provvisto dell'annuo stipendio di lire 4200 compete l'indennità caro-viveri di lire 24 mensili.

(6953). *Indennità caro-viveri e cavalcatura. - Ricchezza mobile.* — Dott. A. M. da S. R. — Tanto la indennità caro-viveri quanto quella di cavalcatura è soggetta al pagamento della tassa di ricchezza mobile.

(6954). *Aumenti quinquennali sugli stipendi.* — Dott. L. M. da B. — Ella ha pienamente ragione. La dilazione, o meglio, come è adesso, la riduzione del quinquennio è stabilita pei soli impiegati governativi e non per coloro che dipendono dalle amministrazioni municipali. L'aumento quinquennale dello stipendio, che per Lei è rappresentato da un nuovo termine iniziale, cioè dal 1912, si deve commisurare sul nuovo stipendio di lire 4400 e non già sullo antico. Per tale ragione Ella non conseguì il secondo aumento di stipendio nel 1915, epoca in cui acquistava il relativo diritto in base all'antico capitolato.

(6955). *Indennità caro-viveri.* — Dott. abbon. 4901. — Alla indennità caro-viveri, recentemete resa obbligatoria a tutte le amministrazioni comunali, hanno diritto anche i medici condotti. Se un medico serve più enti locali ha diritto ad una sola indennità ripartibile fra i detti enti in proporzione dello stipendio che corrisponde ciascuno di essi.

(6956). *Obbligo di cura gratuita. - Criterii.* — Dott. E. G. da M. — Il domicilio è ben diverso dalla residenza. Un individuo può essere domiciliato in un Comune senza averne residenza. Il primo è un *quid juris*, il secondo è un *quid facti*. Secondo noi, parlare di domicilio fisso è un non senso perchè il domicilio è sempre fisso, cioè, inalterabile fino a quando non venga, legalmente e con le prescritte modalità, mutato. È da credere che il capitolato abbia, con la usata locuzione, voluto dire *residenza lunga*. Coloro che si trovano in tale condizione avrebbero, pertanto, diritto a cura gratuita.

(6957). *Sessennii. - Indennità caro-viveri.* — Dott. F. P. da M. — Ella ha diritto a percepire il sessennio col 1° settembre corrente anno. La percezione del sessennio non infirma la percezione della indennità caro-viveri.

(6958). *Medicinali ai poveri. - Somministrazione.* — Dott. Trascur. — Non ha nessun diritto di chiedere alla Congregazione di carità, che ha soppresso in bilancio il fondo per la somministrazione di medicinali ai poveri, il risarcimento di danni materiali e morali per la ripercussione che il fatto ha prodotto sulla sua clientela.

(6959). *Ricchezza mobile.* — Dott. R. R. da F. di C. — Sullo stipendio di lire 4700 grava l'annua tassa di ricchezza mobile di lire 415.30 compreso l'aggio allo esattore che, come Ella dice, è per codesto Comune del 2.45 per cento.

(6960). *Sostituzione temporanea del medico condotto per ragioni personali.* — Dott. F. D. B. da G. di C. — Essendo impedito nello esercizio della condotta per ragioni personali e di famiglia, incombe a Lei il pagamento del sanitario che ha dovuto qualche volta chiamare in sua sostituzione. Nè il Comune nè la popolazione debbono in tali casi essere chiamati a soddisfare le competenze al sanitario che l'ha temporaneamente sostituito.

(6961). *Dimissioni del medico condotto.* — Dott. C. C da R. — Il Comune può sempre rifiutarsi ad accettare le dimissioni dalla carica presentate dal

proprio medico condotto, sempre che nel relativo capitolato non sia accordata la facoltà di presentarle in ogni tempo con congruo prestabilito termine di anticipo.

(6962). *Sessennio.* — Dott. L. P. da C. — Trattandosi di un aumento temporaneo concessole dalla amministrazione municipale solamente per la durata della guerra, conserva il diritto all'aumento sessennale quando sarà compiuto il relativo periodo acquisitivo del diritto. È bene che faccia la domanda subito dopo compiuto il sessennio. In caso che il Comune non intenda accordarle il sessennio, cui ha diritto, può ricorrere al sig. Prefetto della Provincia ed in caso di infruttuosità della istanza, può anche adire, con buona speranza di favorevole risultato, la competente autorità giudiziaria.

(6963). *Obblighi di cura del medico libero esercente.* — Dott. abbonato 5069. — In caso di infortunio il medico, non condottato, deve ripetere il pagamento delle sue prestazioni alla famiglia dello infermo non essendo nè la Ditta nè la Società di assicurazione tenute a sostenere spese del genere. Il medico condotto a cura piena è tenuto a curare gratuitamente i servi ed i garzoni dei possidenti del luogo, quando anche non iscritti nella relativa anagrafe e ciò pel sol motivo di essere residenti di fatto nella località.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 8553:

Regolamenti su questi particolari non ne esistono perchè tali questioni debbono essere decise dal buon senso di chi comanda.

E se chi comanda non ha buon senso?

Reclami all'Autorità superiore, che in questo caso è la Direzione di Sanità del Corpo d'armata.

All'abb. n. 431:

È il parere della Commissione di visita dell'ospedale di Napoli che la visitò il 3 febbraio 1917 quello che ora ha valore presso il Ministero.

Il fatto di essere da 4 anni nella riserva è uno dei titoli che occorrono per la promozione, ma non il solo.

Del resto nella sua qualità di ufficiale di riserva, non ha *diritto* ad essere chiamato in servizio, può solo farne domanda e, se la Direzione di sanità lo crede utile e ne ha bisogno, effettuerà il suo richiamo.

Al dott. U. D. R., Zona di guerra:

Non si risponde in questa rubrica a domande di carattere personale e che non interessino in tesi generale altri lettori. Alle domande che il collega avea finora diretto al giornale è stato, del resto, sempre risposto.

All'abb. n. 8455:

Durante la guerra non sono ammesse le dimissioni dal servizio attivo permanente, per qualsiasi ragione.

All'abb. n. 3066:

Sarà assegnato al Corpo d'armata territoriale di Napoli, dalla Direzione generale dei Servizi sanitari del Ministero della guerra.

La Direzione di Sanità del Corpo d'armata farà poi la destinazione nel territorio del Corpo d'armata stesso a seconda dei bisogni del servizio.

Probabilmente le verrà assegnato il grado di capitano.

All'abb. n. 2933:

Essendo inabile permanentemente alle fatiche di guerra, avrà il grado di sottotenente nella milizia territoriale.

La domanda di dispensa va presentata all'autorità prefettizia.

All'abb. n. 3545:

Nulla da fare, specialmente in questo momento, in cui si tende, giustamente, a rendere sempre più severe le disposizioni che escludono i tubercolosi dall'esercito.

Al dott. G. C., Zona di guerra:

La data del 1° maggio 1916 è stabilita come limite per l'*iscrizione nel quadro di avanzamento* e non come limite *di promozione* per gli effettivi.

Il collega equivoca la portata ben diversa delle due cose.

All'abb. n. 2789:

Compiuto l'anno di servizio, potrà inoltrare per via gerarchica domanda di avvicendamento al Ministero, senza bisogno di citare alcuna circolare.

All'abb. n. 2344:

La nomina verrà fatta dal Ministero in base alla proposta inviata dal Comando del Corpo, contemporaneamente alla promozione degli ufficiali effettivi di pari anzianità.

Poichè la promozione di detti tenenti medici effettivi, è da ritenersi imminente, il collega potrebbe ottenere subito la propria, ma occorre che egli si assicuri che la proposta di cui sopra sia *pervenuta realmente* al Ministero.

Nessuna norma o circolare dispone poi per l'avvicendamento dopo 6 mesi di prima linea.

Il giornale di medicina militare si pubblica in Roma, Via S. Vitale, n. 5. Capo della redazione è il sig. colonnello medico prof. Trombetta.

Al dott. O. B. da R.:

Le competono i medesimi assegni degli ufficiali medici di complemento di pari grado.

Non avendo obblighi di servizio la pensione della quale gode come ex medico condotto di Roma non può essere toccata e si cumola con lo stipendio di medico assimilato.

All'abb. n. 3818:

L'indennità di guerra che si dà agli ufficiali medici in zona di operazione è concessa non solo per il fatto che essi permangono in detta zona, ma anche per gli speciali obblighi ai quali la loro qualità *militare* li assoggetta in essa.

È ovvio, per esempio, che chi è medico condotto ed ha parte della propria condotta in zona di operazioni, può sempre astenersi dal recarsi in località pericolose, dove del resto assai difficilmente permangono popolazioni civili.

Viceversa il medico militare deve, *per le necessità stesse del proprio servizio,* recarsi in dette località e soggiornarvi in qualunque momento.

All'abb. n. 3751:

Assunte le debite informazioni risulta che:

I. Saranno presto date delle disposizioni di carattere generale relativamente agli armadi farmaceutici e agli ufficiali sanitari.

II. Non gli spetta la indennità per impiegati e salariati comunali, ecc.

III. Gli spetta l'indennità caroviveri, ma non quella alloggio. Circa l'indennità attendente, la questione è ancora sub-iudice.

IV. Sono stati promossi capitani gli effettivi anzianità 11 novembre 1915. Col prossimo bollettino si promuoveranno quelli con anzianità fino al 24 febbraio 1916.

All'abb. n. 8580:

Perde anzianità soltanto nel caso che durante il periodo della sua inidoneità, siano effettuate promozioni di colleghi di pari anzianità.

In tal caso il non idoneo va in coda all'elenco di tali neo-promossi.

All'abb. n. 9004:

Non può far domanda nè essere assunto in servizio data la sua indisponibilità.

Per esser richiamato alle armi, occorre che rinunzi alla condotta, e che la commissione provinciale dichiari la sua disponibilità pei servizî militari.

All'abb. n. 1130:

Non è vero che i capitani e gli ufficiali medici in genere di milizia territoriale, pel solo fatto di essere passati a far servizio nella zona di guerra, sian trasferiti al ruolo di complemento.

Essi restano ufficiali del ruolo territoriale, malgrado siano impiegati in zona di guerra.

All'abb. n. 8630:

Se dichiarato inabile permanentemente non può esserle conferito il grado di capitano.

Al dott. A. M., Zona di guerra:

Non è ammissibile che la sua iscrizione alla Croce Rossa fosse limitatamente ai servizî territoriali.

Nulla da reclamare quindi.

Al dott. E. Z. da L.:

La disposizione di cui trattasi non riguarda gli ufficiali medici, tanto è vero che essa non ebbe alcun effetto retroattivo su quelli che si trovavano nelle condizioni previste dall'art. 3 e che erano in servizio.

Non è quindi neppure applicabile a quelli che essendo in tali condizioni, circa classe e posizione familiare, saranno ora dichiarati idonei.

All'abb. n. 8137:

Il concorso per ufficiali medici effettivi si fa solo tra i medici che non abbiano più di 32 anni di età ed abbiano prestato servizio al fronte per 4 mesi almeno.

Non è ammessa la nomina diretta a capitano medico effettivo, secondo i vigenti regolamenti. E poi che razza di carriera sarebbe la sua, data l'anzianità della sua classe?!...

Al prof. G. M., Zona di guerra:

Il grado di maggiore come tutti gli altri gradi per titoli, viene conferito in base al loro esame dalla competente commissione di esame, che ha sede presso l'Ispettorato di Sanità. Detta commissione valuta anche il valore e l'importanza degli *incarichi*.

In tutti i casi poi occorre di aver un anno di servizio militare effettivo.

Al dott. A. R. da P.:

Le spetta il grado di capitano.

All'abb. n. 4322:

Si intende la metà della permanenza minima nel grado, degli ufficiali effettivi.

All'abb. n. 8242:

Secondo il regolamento per qualsiasi promozione occorre la idoneità incondizionata.

È un fatto però che alcuni comandi e direzioni, quando trattisi di promozione da sottotenente a tenente, avanzano egualmente la proposta anche se tale idoneità è condizionata, e che quando tali domande pervengono al Ministero, il Ministero effettua la promozione.

Al dott. P. F. da C.:

Può chiedere l'avvicendamento come tutti coloro che hanno più di 40 anni di età e sono da oltre un anno in zona di guerra.

All'abb. n. 4337:

A prescindere dai titoli che possiede, non essendo idoneo a tutti i servizî perchè affetto da ernia inguinale, non può essere promosso capitano di complemento.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È stato nominato ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia il dottor Moisè Kobylinsky, redattore-capo dei « Quaderni di Psichiatria », attualmente capitano medico al fronte, già decorato della medaglia al valor militare.

È stato nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia il dottor Gaetano Pavone, chirurgo degli Ospedali di Napoli, tenente medico di complemento.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valor militare per la campagna di guerra 1915-1917.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Marinucci Mario, da Colle Armele (Aquila), tenente medico complemento reggimento fanteria. — Sebbene avesse riportato una ferita alla faccia, non volle abbandonare il servizio, e con mirabile esempio di coraggio e di sentimento del dovere rimase sul posto battuto dal fuoco nemico, provvedendo con amore alla cura di numerosi feriti. — Falde del Pecinka, 17 agosto 1916.

CONDOTTE E CONCORSI.

Giovane medico-chirurgo, libero servizio militare, cerca buon interinato. Per eventuali proposte scrivere: B 7112 - Fermo in Posta - Roma.

Medico-chirurgo, giovine, tre anni laurea, esente militare, cerca posto assistente grande ospedale, clinica o adeguata occupazione. Scrivere dott. N. A. posta, Catania.

MEDICINA SOCIALE.

La lotta contro la tubercolosi e la Lega Nazionale Antitubercolare.

In assenza del Ministro e del Sottosegretario di Stato dell'Interno, il capo gabinetto comm. Corradini ha ricevuto il 24 u. s. agosto il comm. Vincenzo Magaldi, vice presidente della Lega nazionale antitubercolare, e il prof. Aristide Ranelletti, segretario, i quali, anche a nome del presidente, S. E. Comandini, assente, hanno presentato un memoriale della Lega contenente proposte di provvedimenti legislativi per la lotta contro la tubercolosi. Detto memoriale, redatto per incarico della Lega dagli stessi Magaldi e Ranelletti sin dal giugno scorso e approvato dalla Giunta esecutiva sin dal 5 luglio, prima cioè che fossero noti i recenti importanti provvedimenti governativi, traccia un vasto e complesso programma di lotta contro la tubercolosi, mirando non solo alla cura e all'assistenza dei malati, mercè i Dispensari municipali, i Sanatori e gli Ospizi marini provinciali, gli ospedali o i reparti di isolamento, ma anche alla lotta contro le svariate cause predisponenti, specie nell'infanzia, mercè le Colonie-scuole campestri pei figli di tubercolosi; la vigilanza igienico-sanitaria nelle scuole, con visite preventive e periodiche dei fanciulli; le scuole all'aperto; la propaganda igienica nelle scuole e fuori; le istituzioni parascolastiche con le Colonie marine e montane; la politica delle abitazioni, con il maggiore incremento delle case popolari e i casellari delle abitazioni presso i principali Comuni; la maggiore protezione degli emigranti in rapporto alla tubercolosi; la maggiore vigilanza igienico-sanitaria del lavoro, con visite preventive e periodiche dei lavoratori nelle industrie insalubri, nell'interesse degli operai, e in quelle alimentari nell'interesse del pubblico, e con la protezione del lavoro a domicilio; il maggiore incremento infine delle varie istituzioni di assistenza individuale e sociale diretta a combattere le più gravi tare morbose ereditarie e a proteggere la salute della madre e della prole. Si addita quindi il fabbisogno finanziario, pel quale si invocano i maggiori contributi dello Stato, e si sollecitano nuovamente le assicurazioni obbligatorie contro le malattie, che potranno fornire i mezzi più possenti per dare vita alle varie istituzioni antitubercolari.

Con questo programma di massima la Lega ha presentato anche il seguente ordine del giorno:

« La Lega nazionale italiana contro la tubercolosi, nel rimettere al Ministro dell'Interno un memoriale contenente « Proposte per provvedimenti legislativi contro la tubercolosi », approvato dalla Giunta esecutiva il 5 luglio 1917, plaude a S. E. che, con pronta e larga visione degli interessi igienico-sociali del Paese, ha già dato attuazione, coi recenti importanti provvedimenti, ad una parte delle proposte stesse della Lega, e fa voti che anche le altre, miranti ad integrare sempre più efficamente la soluzione del complesso e poliedrico problema tubercolare, possano venire accettate e attuate dai competenti Ministri in un non lontano avvenire ».

Il comm. Corradini, dimostrando una perfetta conoscenza dell'importanza sociale del problema tubercolare, ha discusso col più vivo interesse coi rappresentanti della Lega i capisaldi del programma, che segnalerà in modo speciale a S. E. Orlando, dichiarando che il Ministro, in pieno accordo col Direttore Generale della Sanità, comm. Lutrario, già si trova sulla direttiva stessa segnata dalla Lega, e che i recenti provvedimenti non sono che un primo passo verso una più vasta azione che il Ministro dell'Interno si propone di svolgere in seguito e con maggiori mezzi finanziari, quali richiede il grave problema sociale.

I lavoratori della terra assicurati contro gli infortuni sul lavoro.

Il Senato nello scorso luglio ha esaminato ed approvato il disegno di legge presentato dal ministro De Nava per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro nell'agricoltura. Il governo, esaudendo i numerosi voti pervenutigli da ogni parte e rendendosi interprete del sentimento del paese, ha promesso la emanazione per decreto-legge dei provvedimenti votati dal Senato.

L'importante riforma, sanzionata con decreto luogotenenziale del 23 corrente, colma una delle maggiori lacune della nostra legislazione sociale, e compie anzitutto un atto di giustizia, parificando i lavoratori agricoli agli operai delle industrie, nelle provvidenze dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

Il concetto informatore del provvedimento è di garantire nel miglior modo l'indennità al lavoratore infortunato, realizzando il servizio col minor costo per i proprietari.

È obbligatoria l'assicurazione a favore di tutti coloro che prestano opera manuale nelle aziende agricole o forestali dai 19 ai 75 anni. Le indennità sono graduate secondo l'età, il sesso e le condizioni di famiglia.

L'assicurazione comprende tutti i casi d'infortuni sul lavoro che abbiano per conseguenza non solo la morte o l'inabilità permanente, ma anche quelli dai quali derivi l'inabilità temporanea assoluta per un periodo non inferiore ai dieci giorni.

Il compito di provvedere alla nuova forma di assicurazione temporaneamente è stato affidato alla Cassa nazionale di assicurazione per gl'infortuni sul lavoro. Possono essere tuttavia autorizzate ad esercitare questo ramo di assicurazione anche le Mutue, le Casse consorziali e i Sindacati che già funzionino a tale oggetto.

Si provvederà ora con la maggiore sollecitudine alla compilazione del regolamento ed a tutte le altre pratiche necessarie per l'attuazione della legge.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

NOTIZIE DIVERSE

L'opera nazionale degli invalidi della guerra.

È stato costituito il Consiglio di Amministrazione dell'opera nazionale degli invalidi della guerra. Ne fanno parte i senatori Durante e Ferrero di Cambiano; i deputati Dari e Chiesa; due delegati del Consiglio Superiore di Sanità: senatore prof. Foà e on. prof. Pietravalle; i rappresentati dei Ministeri dell'Interno, della Guerra, della Marina, del Tesoro e dell'Industria: prof. Lutrario, direttore generale della Sanità, comm. Rousseau, Marcelli, Conti e Loriga. Il Consiglio sarà completato con altri otto membri di nomina Regia (quattro dei quali invalidi), appena si avranno le designazioni da parte dei Comitati per l'assistenza agli invalidi di guerra, delle istituzioni di beneficenza e di previdenza che praticano l'assistenza agli invalidi in genere, e dell'Associazione Nazionale tra mutilati e invalidi di guerra. Funzioneranno provvisoriamente da presidente e da vice-presidente il senatore e il deputato designati con maggior numero di voti, cioè il senatore prof. Durante e l'on. Dari.

Sanatorio per i prigionieri italiani liberati.

Si è iniziato il funzionamento del grandioso Sanatorio militare istituito dal Ministero della Guerra a Nervi, in uno dei punti più belli e salubri della Riviera Ligure. È destinato alla cura delle forme iniziali di tubercolosi contratte dai nostri militari durante la loro prigionia. Corrisponde alle più severe esigenze dell'igiene e della profilassi antitubercolare e dispone di ampie verande con adatta esposizione, nonchè di uno splendido parco prospiciente sul mare. Tutto concorrerà, nel nuovo luogo di cura, a restituire la salute a tanti nostri fratelli che oltre alle sofferenze morali della cattività incontrarono il pericolo di una infezione pericolosa per sè e per l'ambiente familiare.

I servizi sanitari nella guerra italiana.

La «Tribuna» reca: Il vice-presidente del Comitato internazionale della Croce Rossa prof. Adolfo d'Espine ed il delegato du Pan, reduci dalla visita compiuta alle formazioni sanitarie della frontiera italiana, hanno comunicato alle «Cronache Italiane», una interessante rivista che si pubblica a Ginevra, una relazione sulla visita da essi compiuta. Rilevano le difficoltà superate nella organizzazione dei servizi sanitari in alta montagna ed il trattamento fatto ai prigionieri austriaci dal Governo italiano. Personalmente il prof. d'Espine ha aggiunto che tutte le impressioni riportate in Italia sono eccellenti e che a suo avviso in nessuna nazione i prigionieri sono trattati in modo più umano che in Italia.

Un accordo anglo-tedesco per la salvezza delle navi-ospedale.

Notizie da Berlino all'«Idea Nazionale», informano che l'accordo fra l'Inghilterra e la Germania, iniziato col tramite della Spagna per il rispetto da parte dei sottomarini tedeschi delle navi-ospedale dell'Intesa, è stato in massima raggiunto, avendo l'Inghilterra accettato la proposta del Governo tedesco di porre a bordo delle navi-ospedale degli ufficiali spagnuoli che garantiscano che le navi trasportano solo malati e materiale sanitario. Il Governo inglese nell'accettare l'accordo farà una dichiarazione, nel senso che con la sua accettazione non ritiene fondata l'accusa intenzionalmente mossa dalla Germania sull'uso delle navi-ospedale da parte dell'Intesa per il trasporto di armi e di soldati.

Il Giappone per i feriti dell'Intesa.

Dal Giappone è stato deciso l'invio di un soccorso alle opere pei feriti e malati esistenti nelle nazioni alleate. Saranno inviati 360 mila yen all'Inghilterra, alla Francia, all'Italia, alla Russia e al Belgio, e 60 mila yen alla Romania e alla Serbia.

Nel giornalismo medico.

La direzione della «Rivista critica di Clinica Medica» è passata al prof. Ferruccio Schupfer, in seguito alla nomina di lui a direttore della Clinica medica di Firenze. Quale redattore-capo è stato chiamato il prof. Sante Pisani. Auguri.

Indice alfabetico per materie.

Aneurismi dell'aorta: sintomi . . . . Pag. 1102
Circolazione cerebrale: azione di alcuni farmaci . . . . » 1108
Craniotomia per ferite da armi da fuoco » 1107
Emipiotoraci consecutivi a ferite pleuro-polmonari . . . . » 1107
Emorragie post-partum: trattamento con mezzi meccanici . . . . » 1112
Ferite dei vasi sanguigni . . . . . . » 1104
Gangrena gassosa: differente mortalità da — in pace ed in guerra . . . . » 1109
Malformazione congenita dell'arto inferiore . . . . » 1108
Meningite cerebro-spinale: caratteri del liquido cefalo-rachidiano . . . . . » 1108
Ossigeno: effetti patologici . . . . . » 1112
Paralisi infantile: trattamento specifico Pag. 1111
Paratifo A al campo: sintomi clinici e diagnosi . . . . » 1109
Pertosse: vaccinoterapia . . . . . . » 1110
Pleurite essudativa ed autosieroterapia » 1108
Sifilide: osservazioni cliniche . . . . » 1095
Soluzione iodo-benzolica nella pratica chirurgica . . . . » 1099
Tetano in feriti di guerra: manifestazioni non comuni . . . . » 1105
Tetano post-serico . . . . » 1109
Topi nelle trincee: lotta . . . . . . » 1112
Tubercolosi considerata specialmente in rapporto alla vita militare . . . » 1089
Utero: lacerazione spontanea senza distocia meccanica . . . . » 1106

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 9 settembre 1917* Fasc. 37.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: R. Rivalta: La diagnosi delle eruzioni cutanee provocate. — T. Mancioli: Sulle simulazioni e autolesioni riguardanti l'organo acustico — G. Breccia: Di alcuni accertamenti di idoneità a servizio di guerra. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Riunioni medico-militari di Ferrara e Rovigo.
Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Sulle affezioni congiuntivali provocate o simulate. — Degli edemi provocati. — Sugli itteri da acido picrico. — **Varia:** Gli effetti immediati dell'emozione sul sistema nervoso. — **Cenni bibliografici.**
Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria: La Direzione Generale di Sanità Militare. — **Atti parlamentari.** — Cronaca del movimento professionale. — **Risposte a quesiti e a domande. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Albo d'oro. — Condotte e concorsi. — Notizie diverse. — Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

La diagnosi delle eruzioni cutanee provocate

per il tenente colonnello medico dott. cav. RIVALTA RAFFAELE, direttore dei Servizi Sanitari in S. G. di M.

Non v'è dubbio che la patomimia cutanea nell'esercito ha ricevuto dalla guerra attuale una poderosa spinta ad una sovrabbondante fioritura. Limitata prima del 1912 a stentati getti sporadici nel servizio di quartiere, ha tentato sbocciare durante la guerra italo-turca con parvenza in qualche località rigogliosa, presto però stroncata dal pronto intervento medico-disciplinare; ma ora il germoglio, sempre vivace per quanto latente, s'è potentemente sviluppato, estendendo da una parte le sue innumeri radici nella zona territoriale, fino alla lontana Sicilia, ove anzi ha trovato l'optimum pel suo sviluppo, e dall'altra parte espandendosi con abbondanti ramificazioni nella zona di guerra, sino alle più periferiche trincee, ove la mala pianta non è stata sfrondata, ma ha ricevuto anzi ricco alimento dalle raffiche di artiglieria.

Il maggiore medico prof. Carruccio M., che ha pubblicato nel *Giornale di Medicina Militare* (fasc. XI del 1916) una nota clinica su casi di dermatite provocata, mi scrive: « In 23 mesi di servizio militare ho visto un numero di dermatiti provocate infinitamente superiore di quello che io non abbia avuto occasione di vedere in 26 anni di ininterrotto studio della specialità nostra, il che mi fa pensare che in fatto di simulazione morbosa nei profani e nel volgo esistono conoscenze più larghe di quello che non si abbia noi stessi ».

Il capitano medico prof. Daccò E., accennan-

do alla mia memoria pubblicata nel 1912 «Patomimia e dermatosi simulate» mi scrive pure di avere avuto occasione di vedere numerosi casi di queste ultime, ed in una nota statistico-clinica cita 26 casi di lesioni cutanee provocate nel trimestre novembre 1916-gennaio 1917, riportandone *in extenso* 4 interessanti.

Il maggiore medico prof. De Napoli F., nel settembre 1915, smascherò 42 casi di pemfigo castrense artificiale, citati nel *Notiziario medico-chirurgico per gli ufficiali medici della zona di guerra* (Fasc. I, 1917).

Io stesso dal novembre 1915 all'ottobre 1916 ho osservato in zona di guerra un centinaio di tali casi, dal cui studio sintetico ho tratto alcune conclusioni pubblicate nel *Policlinico* (Sezione pratica, fasc. 10 del 4 marzo 1917): altri casi ho osservato nei 6 mesi successivi, fino ad oggi, che mi riprometto di fare a suo tempo conoscere.

A tal riguardo ho constatato che mentre nei primi mesi della campagna, causa l'insufficiente coltura ed esperienza dermatologica dei medici, tali forme provocate sfuggivano insospettate, essendo ritenute spontanee, e mai la diagnosi d'invio prospettava la natura patomimica della lesione; in seguito sia per le ripetute circolari che richiamavano l'attenzione dei medici su tale fenomeno fraudolento, sia per lo scambio di idee nelle frequenti riunioni medico-castrensi ed anche per la distribuzione di monografie sulla dermopatomimia, l'opera del sanitario è divenuta più oculata, ed ultimamente il sottoscritto ha notato come più spesso i medici mittenti accennano all'eventualità di simulazione, ancora però con qualche interrogativo che ne tradisce l'indecisione.

Non si può certo fare un appunto se la maggior parte degli ufficiali medici si mostra ancora tanto circospetta nella diagnosi di dermopatomimia, per ovvie ragioni di responsabilità professionale, militare, morale; e non si può pretendere che medici, i quali non hanno fatto oggetto di loro studi speciali la dermatologia, possano essere sempre sicuri in simile diagnostico, allorquando in non pochi casi dermatologi persino provetti si trovano imbarazzati a formulare una diagnosi di certezza di patomimia cutanea. Sembrerebbe che, mancando uno dei termini da prospettarsi nella conclusione periziale, cioè l'esistenza della malattia, che è sempre obbiettiva nella simulazione cutanea, il compito diagnostico dovesse riuscire assai più facile che in casi di malattie interne, rimanendo solo da escludere l'eventualità della provocazione volontaria; pur tuttavia, per quanto si tratti di forme morbose obbiettive, la certezza assoluta con la prova diretta della frode è difficile a raggiungere, e non di rado conviene contentarsi della conclusione di persistenza del dubbio e di presunzione probabile. Per ben giudicare quindi nei casi difficili di eruzione sospetta provocata sarebbe opportuno l'intervento di specialisti in materia, ma non essendo ciò sempre possibile, ho ritenuto che, nelle contingenze attuali, affinchè non si porga inconscio alimento alla frode lasciandola svolgersi ad esito felice e si smascherino i simulatori i quali, raggiunto il biasimevole scopo, non hanno neanche ritegno di farsi beffe dei medici, potesse essere utile una traccia elementare alla diagnosi della patomimia cutanea, approfittando del numero monografico che il *Policlinico* con molto senso d'opportunità dedica alle malattie provocate e simulate. Si giudica sufficiente limitare il campo diagnostico alle eruzioni da provocazione diretta, ottenute cioè mediante agenti applicati sulla pelle dall'esterno, e fra esse alle eruzioni caratterizzate dalle forme elementari più importanti della patologia dermatologica, papula, vescicola, pustola, semplici o commiste fra loro. E ciò perchè da una parte le eruzioni da provocazione diretta sono finora quelle esclusivamente constatate dai varî osservatori, essendo il sistema della provocazione indiretta, mediante cioè medicinali introdotti per via gastrica, meno sicuro, meno pronto, meno noto e quindi meno usato e forse eccezionale; e dall'altra perchè gli esponenti morfologici succitati sono ordinariamente più frequenti nei tipi clinici uniformi o multiformi delle dermatosi provocate. L'escara forse è ancora più frequente delle eruzioni papulo-vesicolo-pustolose fra le lesioni cutanee provocate, ma presenta assai minore interesse diagnostico, attestando più patentemente nei suoi caratteri l'intromissione dell'elemento intenzionale. Pure così ristretto alle eruzioni da provocazione diretta delle tre principali forme di dermite essudativa, il problema diagnostico non è sempre di facile soluzione, avvenendo non di rado errori di interpretazione etiologica che lasciano inavvertito l'artificio. Solo eccezionalmente difatti possono esistere segni patognomonici di provocazione delle forme cutanee, e le questioni di dermopatomimia, come quelle di simulazione degli stati patologici in genere, non sono che di diagnosi differenziale. Occorre anzitutto praticare del malato un esame ripetuto e completo, esteso cioè a tutta la superficie del corpo e non limitato alla parte esibita malata, per poterlo conoscere nella sua personalità dermatologica, confermandosi in dermatologia il principio generale della clinica che non vi sono malattie, bensì malati; e l'esame va sempre fatto a luce naturale, perchè

la luce artificiale, secondo le varie sue sorgenti, modifica spesso certi coloriti delle eruzioni, turbandone la giusta interpretazione. Occorre inoltre raccogliere tutti gli elementi di giudizio senza il preconcetto assoluto di simulazione, ma tener presente simile eventualità dopo la constatazione di qualche dato realmente sospetto emergente dall'esame compiuto, e la diagnosi di provocazione va basata sulla concordanza di criterî generali, che si possono distinguere in tre categorie in ordine progressivo di importanza, rapporto al concetto di patomimia: criterî di presunzione, di probabilità, di certezza.

CRITERI DI PRESUNZIONE.

Sono rappresentati dagli *indizî morali*, che prospettano anzitutto la così detta etiologia morale, cioè la determinazione dei moventi psichici che inducono il militare alla patomimia, e che nelle contingenze attuali sono abbastanza facili a formulare, riassumendosi essi nel desiderio di sottrarsi ad una vita di disagi e di pericoli. Tali indizî traggonsi dalle ricerche anamnestiche condotte con abile e diligente interrogatorio. La titubanza nella narrazione esposta dall'individuo; l'incoerenza nei ragguagli circa l'origine, la data, il progresso della lesione; l'attribuzione del male a causa inverosimile, quale lo sviluppo repentino di notte, subito dopo la paura provata per lo scoppio in vicinanza di un proiettile di artiglieria; la voce piagnucolosa e la mimica esagerata tendenti ad affermare sensazioni subbiettive non corrispondenti ai fatti obbiettivi; l'asserzione che l'individuo ha osservato casi analoghi al suo, per l'insorgenza contemporanea o successiva a breve intervallo della stessa forma in altri commilitoni; la notizia che egli si è trovato nell'occasione di potersi procurare sostanze capaci di produrre alterazioni dei tegumenti; l'informazione che è arrivato da poco coi complementi al fronte o appena rientrato dalla licenza invernale o ritornato dalla convalescenza dopo ripetute peregrinazioni dagli ospedali ai convalescenzarî e viceversa per la stessa od altre forme morbose, ecc. ecc., sono tutte sorgenti di induzioni che, pur non avendo valore assoluto per mettere in luce la frode, forniscono, se riunite in notevole numero, preziosi elementi di presunzione non trascurabili circa il giudizio di provocazione.

Certo che dal risultato dell'anamnesi è necessario eliminare la possibilità dell'intervento di altri momenti patogenetici d'origine esterna accidentale, come l'influenza dell'ambiente (circonfusa) e del materiale di servizio, l'azione di indumenti colorati con sostanze tintorie irritanti, precedenti morbosi con secrezioni anormali, ecc. Tali dati indiziarî di eruzione sospetta debbono essere rafforzati coi

CRITERI DI PROBABILITÀ

che vengono dedotti dall'esame e dalla valutazione critica dei dati di fatto patologici, i quali, essenzialmente obbiettivi nelle affezioni cutanee, debbono integrarsi in un insieme clinico noto sia per la loro concordanza, sia per la loro successione. Ed ecco i *dati probativi clinici* delle eruzioni provocate, dati che, avendo pel nostro assunto grande importanza, meritano una esposizione più dettagliata.

Aspetto generale. — Non rassomiglia che in modo imperfetto a quello delle eruzioni spontanee, essendo generalmente diverso, sopratutto per una tinta insolitamente vivace tutta speciale, dovuta all'intensità dei fenomeni flogistici.

Topografia. — Occupano le parti del corpo più facilmente accessibili alle mani, mancando in quelle che le mani non possono raggiungere (prescindendo dall'intervento di altra persona), frequenti nelle parti poco dolorose ed in quelle scoperte (volto) per l'interesse di renderle subito ostensibili. Trovansi spesso in regioni abitualmente rispettate, mancando invece nelle regioni ordinariamente interessate dalla dermatosi autentica i cui caratteri sono riprodotti.

Disposizione. — Allorchè è unilaterale è più frequente a sinistra (arti) per il preponderante destrismo delle persone, più spesso asimmetrica, ma talora invece con simmetria troppo perfetta.

Figurazione. — Insolita, caratterizzata da contorni talora troppo netti e circoscritti persino con figure a segmenti geometrici, riproducenti esattamente l'estensione e la forma del topico applicato o di poco debordanti la superficie irritata. Carattere di grande interesse quando esiste, ma poco costante perchè facilmente evitato dai simulatori furbi, è la forma a striscia nel senso del declivio (scolo di liquido).

Morfologia. — Gli elementi eruttivi di rado riproducono a tutto rigore quelli delle dermatosi costituzionali; o sono troppo monoformi o più spesso troppo poliformi, pur non presentando vero polimorfismo, perchè rivestono aspetti diversi per la coesistenza e mescolanza di elementi a diverso periodo di sviluppo, sicchè in piccolo spazio, in una stessa chiazza, si hanno raggruppati quasi tutti i gradi in una

volta della dermite essudativa, eritema, papula, vescicola, pustola, e talora anche forme elementari secondarie, quali denudamento epidermico, croste, desquamazione e pigmentazione, e ciò sia per l'eruzione successiva degli elementi dovuta alle ripetute applicazioni dell'agente irritante, sia all'ineguaglianza d'azione sui varî punti della sostanza applicata, sia alla diversa reazione della cute per la sua diversa sensibilità allo stimolo. E si osservano anche più spesso forme cutanee intermedie, di passaggio, in cui la lesione elementare presenta contemporaneamente i caratteri proprî di due termini della serie dei fenomeni reattivi della pelle agli irritanti, e cioè papula e vescicola (papulo-vescicola), vescicola e pustola (vescico-pustola) ed anche papula e pustola (papulo-pustola). Quest'ultima forma, dal cui apice esce il pelo, si osserva allorchè la reazione si sviluppa attorno ai follicoli pilo-sebacei, essendo la pustolazione follicolare assai frequente nella traumatizzazione cutanea associata ad infezione microbica primitiva o secondaria.

Evoluzione. — Per la diagnosi di provocazione, oltre che la statica dell'eruzione ha capitale importanza lo studio della dinamica, cioè del decorso dell'affezione nel suo svolgimento e fine. Nelle forme fattizie manca la successione delle fasi evolutive graduali come si ha nelle forme spontanee. Spesso dopo inizio attivo ed intensa irritazione con infiltrazione edematosa che fa prevedere un processo morboso ascendente verso lesioni anatomiche più avanzate, quali la trasformazione cavitaria degli stati cutanei (vescicola) e la flogosi purulenta di essa (pustola), l'azione flogistica si esaurisce colla costituzione della papula che si dissipa in pochi giorni, o s'arresta anche al semplice stato d'eritema con tendenza a pronta scomparsa; si presentano così stati abortivi di dermiti, forse perchè il simulatore meno risoluto e più sensibile al dolore s'arresta alle prime sensazioni subbiettive penose contentandosi di un'unica applicazione della sostanza irritante. Più spesso però manca lo stadio iniziale, poichè, tentando l'individuo di ottenere immediatamente l'eruzione, provoca con replicate manipolazioni una forte dermatite. La comparsa quindi è improvvisa e subitanea, più di frequente notturna, prestandosi le tenebre all'opera subdola; l'evoluzione rapida ed irregolare, sicchè i gradi transitori del processo flogistico essudativo cutaneo si succedono e si sovrappongono in breve tempo, in modo che si osservano insieme misti elementi puntiformi con altri migliariformi, con bolle, flittene, vere placche di sollevamento epidermico e persino chiazze ad essudazione libera, e ciò per la spiccata tendenza a confluire degli elementi, che presto si fondono riunendosi ai margini, e per la minore resistenza della pellicola cornea, che facilmente si lacera denudando il derma.

Di pari passo alla rapida trasformazione in grandezza della cupola epidermica si svolge la tumultuaria evoluzione del contenuto che presenta precose tendenza ad intorbidarsi e a divenire purulento, sicchè il colorito degli elementi eruttivi anzichè passare gradatamente dal cristallino, al lattescente, al giallognolo come nelle forme tipiche, assume con rapidità straordinaria od anche *d'emblée* quest'ultima tinta, essendo nelle eruzioni artificiali il tipo pustoloso frequente quanto e forse più del tipo vescicoloso. Inoltre non si osservano vere gittate parossistiche, ricorrenti come nelle eruzioni idiopatiche, ma alternative irregolari di esacerbazioni brusche senza cause note che possano giustificarle e spiegarle, e di miglioramenti altrettanto pronti ed inattesi, in rapporto alla cessazione od alla ripresa delle manualità fraudolente, secondo che il simulatore vede assicurato il proprio successo od intuisce il pericolo di perdere il beneficio della frode.

Stato generale. — Non si riscontrano i segni delle diatesi capaci di produrre una data dermatosi, e mancano disturbi generali non rari nelle eruzioni autoctone. Così manca la febbre o al più si nota elevazione di qualche linea in dipendenza della suppurazione in forme pustolose estese, ed anche per lunga durata dell'eruzione non si rileva deperimento generale nella nutrizione e sanguificazione.

Curabilità. — Le eruzioni provocate sono effimere, poco resistenti alla cura e guariscono facilmente, presentando rapida decrescenza della sensazione subbiettiva e pronta scomparsa delle lesioni, allorchè si pone il simulatore nelle condizione di non poter ripetere le manovre dolose, e ciò si ottiene con svariati metodi di medicatura occlusiva, la cui eventuale manomissione possa facilmente svelarsi. (Vedasi per tali modalità di medicazione la citata monografia a pagg. 69 e 70).

Sintomi subbiettivi. — Il maggior numero delle eruzioni provocate dà luogo a fenomeni subbiettivi di poca intensità e di breve durata, mentre le sensazioni di dolore, bruciore, prurito sono molto accentuate nelle eruzioni autonome, specie gli eczemi che sono assai pruriginosi.

Riassumendo, la specialità delle cause fattizie di rado imprime alle eruzioni caratteri obbiettivi assoluti da permettere all'istante, alla semplice vista, il riconoscimento della loro natura artificiale senza tema d'ingannarsi; ma pure in gran numero di casi, allorchè l'eruzione offre caratteri insoliti nell'aspetto generale, nella forma degli elementi, nella loro localizzazione, configurazione ed evoluzione, sicchè non rientra nel quadro classico di un tipo clinico autogeno conosciuto, ma abbozza una sindrome obbiettiva che è incompleta o troppo carica richiamando nel contempo l'aspetto di tipi clinici eruttivi diversi, col presentare caratteri dell'uno misti a caratteri dell'altro, il medico che ha l'occhio esercitato dalla lunga pratica professionale può fare con tranquilla scienza e coscienza diagnosi di contraffazione della dermatosi in esame, di eruzione provocata (pseudoeczema, ecc.). Affinchè però il medico possa essere in grado di pronunciarsi con cognizione di causa, occorre che l'eruzione cada sotto la sua osservazione quando ancora si trova nelle condizioni migliori di esame, cioè al suo inizio, perchè dai caratteri che essa presenta in primo tempo è più facile desumere se è spontanea o provocata, potendosi avere allora quasi istantanea la percezione della differenza che passa fra l'una e l'altra. Più tardi con maggiore difficoltà potrà formarsi una salda convinzione, non potendosi valutare nel loro giusto valore i dati che ne risultano, perchè i caratteri proprî immediati vengono modificati ed anche profondamente dall'intervento di coefficienti patogeni secondari, quali trasformazioni per poca pulizia e cure locali intempestive o non appropriate; complicazioni per agenti microbici, preesistenti o portati in seguito sulla cute (infezioni secondarie); alterazioni per tare organiche congenite od acquisite che prolungano la dermatosi impartendole caratteri ben definiti, diversi da quelli dovuti all'irritazione locale primitiva; produzione di focolai secondari contigui o a distanza dal focolaio primitivo ed anche eruzioni generali o per disseminazione mediante il grattamento e gl'indumenti dei prodotti di secrezione e degli agenti infettivi dalla lesione iniziale, o per assorbimento della sostanza nociva nel punto direttamente irritato, o per via riflessa nervosa; fattori tutti che complicano seriamente il problema diagnostico, rendendolo talora addirittura insolubile o per lo meno dubbio. Allora, pur non riconoscendo che l'eruzione sia genuina, conviene ammettere l'insufficienza delle cognizioni mediche nel periodo attuale della scienza per smascherare la patomimia.

CRITERI DI CERTEZZA.

Allorquando i dati probativi clinici non bastano a cerziorare il sospetto di provocazione, si può tentare di giungere alla scoperta della verità per altra via, che talvolta raggiunge direttamente la mèta col dare l'assoluta certezza della simulazione, e ciò mediante la scoperta dei mezzi meccanici, fisici o chimici coll'aiuto dei quali la lesione è stata provocata, mediante cioè le prove materiali e sperimentali, e da ultimo mediante le prove testimoniali di altre persone e confessionali del colpevole stesso.

Prove materiali. — Sono rappresentate da traccie rivelatrici lasciate dall'agente irritante sulla pelle, sotto forma di macchie dello stesso colore di quelle prodotte da sostanze caustiche note, o di sostanze estranee, quali polveri, cristalli salini, frustoli vegetali, rimasugli inqualificabili, che vengano rivelati nella loro natura fisica dall'esame microscopico e nella loro costituzione chimica dalle reazioni caratteristiche. Però sono elementi probativi che bisogna aspettarsi eccezionalmente, potendo essere evitati dai simulatori abili. Altre volte il corpo del reato, per così dire, di cui non si rinvengono particelle sulla lesione, si scopre ben custodito negli indumenti dell'individuo, e le indagini diligenti, minuziose praticate nell'equipaggiamento del militare, conduce più spesso che non si crederebbe alla scoperta entro cartine, sacchettini, astucci, portafogli, scapolari, ecc. di ingredienti che il malato cerca sottrarre di sotterfugio alla vista del medico; di liquidi, di sostanze saponacee, di pezzetti di scorza o radici o ramoscelli, ecc. di cui il simulatore non sa dare spiegazioni attendibili, confondendosi con patenti contraddizioni. Del pari le indagini nella corrispondenza personale sequestrata dà talora preziosa se non sempre necessaria conferma della frode. Ma perchè la perquisizione riesca più spesso fruttuosa conviene sia praticata alla prima presentazione dell'individuo alla visita medica, e quindi presso il corpo o reparto cui appartiene, perchè allorquando ha raggiunto l'intento di essere sgomberato su un luogo di cura e bene avviato il suo tentativo doloso, cerca di liberarsi della sostanza compromettente. Quando la sostanza rinvenuta è identica ad altra già riconosciuta produttrice di eruzione artefatta per confessione di precedenti simulatori avuti in esame, si può senza altro incriminarla come agente provocatore della lesione in osservazione, ma quando non se ne conosce la natura e la proprietà patogena più o meno elettiva sulla cute, allora per

ottenere la dimostrazione obbiettiva della provocazione volontaria si può ricorrere alle

Prove sperimentali. — Sul colpevole ostinato nella sua pertinace negativa, ha spesso notevole risultato suasivo la riproduzione dell'eruzione, esibita e protestata come spontanea, mediante l'uso della sostanza repertata su persona che si presti all'uopo e meglio ancora sullo stesso simulatore che, richiesto, dopo qualche titubanza, dà per lo più il proprio assenso nel timore che un rifiuto possa essere interpretato come ammissione implicita della riuscita dell'esperimento e quindi della esistenza di frode, e nella speranza che una manipolazione della sostanza diversa da quella da lui seguìta ne frusti l'esito. Non di rado però anche in confronto di tali prove palpabili i colpevoli negano con imperterrita sfrontatezza.

Prove testimoniali. — Su di esse in pratica non può farsi assegnamento, perchè i simulatori per lo più compiono le loro manovre fraudolenti al riparo di occhi indiscreti, di notte, o se hanno complici, questi naturalmente sono interessati al silenzio. Qualcuno però finisce col tradirsi perchè, per sentimento di vanità menando vanto della sua abilità nella ciurmeria, trova degli accusatori fra i suoi compagni disgustati del suo contegno di fronte al dovere.

Confessione. — Questa, che renderebbe superflua qualsiasi altra constatazione e prova, è rara ad ottenersi, conoscendo i colpevoli le gravi sanzioni penali cui si espongono gli autolesionisti. Talora coi metodi persuasivi del ragionamento e del sentimento, risvegliandc le idee degli affetti e dell'onore, si fanno cedere i militari intelligenti, tal'altra con attitudine risoluta si vince il titubante, e tal'altra ancora si disarma il simulatore coll'evidenza delle prove materiali della soperchieria. Devesi però eliminare la possibilità che si tratti di spiriti deboli e deficienti che per passività psichica sono indotti a sempre affermare, o di psiconevrotici (isterici) che soggiogati dalla suggestione finiscono coll'ammettere l'accusa: evidentemente tali casi debbonsi considerare eccezionalissimi.

***

Si sono così esposti gli elementi di giudizio generici e specifici che, seguìti nella loro successione progressiva in rapporto al valore diagnostico che rappresentano, conducono per gradi quasi automaticamente alla diagnosi di dermopatomimia.

La classificazione suindicata dei criteri generali che si consiglia tenere presenti per formulare tale diagnosi, più che nei riguardi delle persone tecniche chiamate a giudicare professionalmente (medici periti) è stata adottata per soddisfare persone giuridiche, chiamate a giudicare legalmente (giudici dei tribunali di guerra). Difatti per i primi i dati probativi clinici, ch'essi sono in grado di apprezzare in tutto il loro giusto valore, possono in dati casi essere più che sufficienti per ritenere raggiunta la dimostrazione obbiettiva della provocazione, e quindi da criterî di probabilità possono trasformarsi in criterî di certezza, senza che si riconosca la necessità della loro conferma dalle prove materiali, sperimentali, ecc. Ma i secondi, allorchè sono profani di medicina e quindi non in grado di valutare nella sua giusta misura quanto forma la salda base della convinzione medica, concedono ai dati probativi clinici una importanza soltanto relativa, considerandoli semplicemente criterî di probabilità che illuminano il sospetto di frode, ma che non riescono a raggiungerne la prova legale. Questa, secondo essi, è fornita esclusivamente dalle prove materiali, sperimentali, testimoniali e confessionali, e quando tali elementi di giudizio mancano, non può riconoscersi l'assoluta certezza della provocazione volontaria o della indisposizione maliziosamente procurata, come dicesi in linguaggio legale.

Non maturandosi pertanto nei giudici la convinzione giuridica del dolo, ma sussistendo il dubbio, assolvono per non provata reità. Tale fatto, cui ho già accennato nelle mie «Considerazioni su una centuria di casi di patomimia cutanea» (*Policlinico*, Sezione pratica, fasc. 10 del 1917), è per il quale ho suggerito in specificati casi quale rimedio nelle contingenze attuali, la sostituzione della disposizione punitiva disciplinare a quella penale, è molto bene lumeggiato dal capitano medico dott. C. Bruno nel suo scritto: «Gli autolesionisti al Tribunale di guerra» (*Notiziario medico-chirurgico*, ecc., fasc. II), che attribuisce appunto alla suddetta — ragione psicologica — com'egli la chiama, la causa dello stato d'animo perplesso in cui si dibatte il giudice, ed affaccia quale rimedio la designazione di ufficiali medici in totalità od in prevalenza a comporre il Tribunale di guerra, allorchè trattasi di giudizio per sospetti autolesionisti. Ma tale questione che decampa dall'argomento assuntomi nel presente articolo, potrà costituire l'oggetto di altro scritto, qualora non venga meno la cortese ospitalità del *Policlinico* (1).

(1) Lavoro pervenuto in redazione il 28 maggio 1917.

Sulle simulazioni e autolesioni riguardanti l'organo acustico.

Prof. TOMMASO MANCIOLI, maggiore medico.

Alcuni otologi hanno già pubblicato che la guerra ha reso più comuni le malattie dell'orecchio. E infatti i traumi acustici, i traumi meccanici diretti e indiretti, le cause reumatiche, le infezioni, sono tutte cause che certamente contribuiscono a favorire la diffusione delle malattie dell'orecchio nella popolazione militare. Ma su tale diffusione un peso notevole è dato anche dalle autolesioni e dalle simulazioni. E' noto come le origini del concetto delle autolesioni per sottrarsi al servizio militare si perda fin nell'epoca greco-romana, (gli arcieri si tagliavano il pollice per non essere in grado di tirar l'arco), ma è evidente che in tutte le nazioni belligeranti della guerra attuale si è raffinato il principio e si è ricorsi a mezzi da mettere a dura prova la sagacia dei medici.

Dirigendo da circa un anno il reparto ottitici all'Ospedale Militare di Roma ed essendo perito otologo presso il Tribunale-militare, noto che per quel che riguarda le simulazioni e le autolesioni nel campo delle malattie dell'orecchio, si è avuta, nel periodo attuale, una vera evoluzione.

Siamo ben lungi dalle volgari simulazioni di sordità che ancora alcuni anni or sono rappresentavano dei rari casi sparodici e che erano risolti dai medici militari, anche non otologi, col richiedere le informazioni ai carabinieri o con dei banali mezzi di sorpresa. Talora è vero, anche il mezzo di sorpresa non corrispondeva, ma bastava un esame otoscopio sommario per constatare che gli scritti di leva si erano ostruito il condotto uditivo con della cera, o dei semi, o dei lembi di tessuti animali, o dei pezzi di carta (casi che io osservavo fin da 17 anni fa) per diminuire sul serio la propria capacità acustica allo scopo saperla mentire con maggior facilità.

* * *

Al presente la simulazione assoluta della sordità è rara, a meno che non si tratti di questioni in cui possa invocarsi la « causa di servizio », in questi casi si giunge spesso al massimo della simulazione: molto comune è invece l'esagerazione in soggetti che hanno l'udito più o meno ridotto per otiti medie secche. I metodi speciali per svelare le « simulazioni » associati ai criteri forniti dal contegno e dall'anamnesi, si sono moltiplicati e organizzati in modo che il problema è più facile, ma resta sempre di grandissima difficoltà l'accertare e il valutare le « esagerazioni » della ipoacusia.

Esagerare non è difficile per l'esaminato, mentre è arduo il calcolare quale grado di udito rimanga come residuo di lesioni pregresse o ancora in atto.

Per risolvere questi problemi applico da oltre un anno, come già pubblicai in una nota preventiva in questo giornale nel febbraio u. s., (Sul problema della valutazione dell'ipoacusia) oltre alle norme ben note agli otologi, il sistema chimografico prendendo i tracciati dei movimenti respiratori del torace e dell'addome dell'esaminato, mentre con uno speciale dispositivo faccio emettere un suono (corrispondente a nota alta o media o bassa) presso l'orecchio da esaminarsi.

L'emissione del suono avviene in modo che il paziente non può averne conoscenza che per il tramite dell'organo acustico in esame, e la durata dell'emissione viene registrata nella carta del chimografo.

Accadrà che se il paziente non avrà sentito assolutamente nulla, le linee chimografiche non presenteranno alcuna alterazione in corrispondenza della durata dei suoni emessi; se invece l'esaminato avrà sentito, si avranno delle modificazioni nelle curve respiratorie in corrispondenza delle linee che indicano la durata di quel suono che fu percepito.

Il confronto fra il reperto chimografico e le risposte dell'esaminato ci darà anche largo e sicuro elemento del suo grado di sincerità.

* * *

Ben più esteso è il sistema di simulazioni e di autolesioni per provocare o aggravare le otiti purulente. Anche qui si tratta per lo più di individui che ebbero già malattie suppurative dell'orecchio, talora si tratta anche di giovani sani i quali però ebbero nell'ambito delle loro parentele o amicizie degli otopazienti. Così spesso questi pazienti raccontano con grande sollecitudine che i loro fratelli, i loro genitori, i loro figli sono egualmente malati di orecchio; frequenti sono lesioni dello stesso tipo in richiamati dello stesso paese.

Descriverò le manifestazioni più comuni.

A) Abrasioni nel condotto uditivo.

Possono essere dovute a timidi tentativi di autolesioni, ma bisogna ricordare che possono essere anche in rapporto con grattamento per prurito del condotto, dermatiti, esiti di foruncolosi, medicature fatte con mezzi impropri, mancanza di medicazione in casi di otiti medie purulente per cui la secrezione permanendo nel condotto ne macera l'epitelio.

A proposito del prurito del condotto, ricordo

come sia comune negli operai l'uso di grattarsi il condotto uditivo con fiammiferi di legno; per sbaglio questi possono essere introdotti dalla parte della capocchia e dare una causticazione.

Si deve quindi essere molto oculati e prudenti in casi di questo genere prima di fare una denunzia.

B) Escare del condotto uditivo.

Generalmente l'acido nitrico, la potassa caustica e il fosforo vengono introdotti nell'orecchio a scopo autolesionista. Vengono anche usati, con minore frequenza, l'acido solforico, l'acido cloridrico, il percloruro di ferro, l'olio essenziale di trementina, il nitrato d'argento in cannello, un rotolino di cerotto revulsivo, carta unta a cui si dà fuoco, ecc. Debbo però ricordare che lesioni gravi del condotto possono essere dovute anche a impropri metodi curativi; ho visto adoperarsi la tintura di iodio, il nitrato d'argento e sovratutto dei tamponi fortemente compressi, che mentre non hanno il vantaggio di rappresentare un drenaggio, perchè non arrivano sulla membrana, rappresentano un grosso corpo estraneo settico che comprime e ulcera e infetta le pareti della prima porzione del condotto. Dalla quantità e dal grado di diluizione dei caustici adoperati si avrà grande verità nei sintomi. Generalmente l'escara è limitata alla parete inferiore del condotto di cui occupa la porzione più vicina al meato, e l'esame otoscopico mostra sovente una membrana normale o con esiti di malattie recenti o di antica data, poi un tratto di cute sana, mentre quella presso il meato è ulcerata. Talora il liquido caustico gocciolò dalla conca lungo la guancia lasciandovi una traccia indelebile.

Altre volte il liquido fu iniettato in quantità scarsa ma con molta arte, in modo da non perdersi sulla parte esterna delle pareti del condotto, ma direttamente sulla membrana e sulla cassa timpanica: questi casi sono molto gravi e talora di difficile diagnosi. Altre volte infine ho visto lesioni estese a tutta la conca, il condotto e la cassa timpanica con delle escare grandi come un grosso turacciolo: in questi casi v'è sempre paralisi completa del N. faciale distrutto nel canale di Falloppio, e, specie in primo tempo, sintomi generali gravissimi.

La diagnosi etiologica è in rapporto con i vari elementi sopra accennati (sede, concentrazione, quantità e qualità del caustico). In primo tempo le parti molli si presenteranno infiltrate, iperemiche dolentissime, erose e sanguinanti.

La necrosi che sopraggiunge in modo acutissimo, ben delimitata su tutti i tessuti che incontra, farà differenziare le lesioni da caustici dalle altre necrosi lente più o meno diffuse, consecutive a lesioni suppurative dell'orecchio medio: il colore dell'escara fa diagnosticare il caustico (1).

Dopo un periodo di tempo variabile con lo stato generale e con la profondità dell'escara, questa cade lasciando una soluzione di continuo netta che, opportunamente curata, presto cicatrizza. Se l'escara fu limitata alla parete inferiore del condotto, questo assume un tipo di sezione ovalare, se l'escara era diffusa a tutte le pareti del condotto la cicatrice è circolare e il lume del condotto viene notevolmente ristretto. Il quadro clinico viene complicato, ed è il caso più comune, quando preesisteva una otite media purulenta la quale in queste condizioni si riacutizza. Questo fatto rende più lungo il periodo di risoluzione che si protrae almeno per un paio di mesi, se pure non insorgono complicazioni anche più gravi, tenendo conto che la suppurazione si riaccende in una cassa timpanica già ammalata, con scarso o mancato deflusso della raccolta dalla via del condotto in tutto o in parte ostruito. Questo spiega la frequenza delle gravi complicazioni. Ho visto quattro casi di morte di autolesionisti: due per setticemia otitica, uno per meningite, uno per accesso cerebrale.

C) Stenosi del condotto.

Sono per lo più esiti di escare delle pareti del condotto, occupano buona parte del condotto stesso, ma quasi mai sono complete, persistendo un piccolo tramite spesso del diametro di uno spillo. Ma frequentemente si vedono delle occlusioni complete del meato uditivo quale suole presentarsi come anomalia congenita, si tratta di un tessuto cicatrizzale che occlude il meato mentre il dito fa sentire che il condotto uditivo è ancora pervio. In casi di questo genere ritengo si debba indagare se oltre che alle autolesioni ci troviamo di fronte anche ad esiti d'impropri metodi curativi.

Ho notato non rari degli inopportuni raschiamenti del condotto uditivo, ampie incisioni per semplici dermatiti, ed infine molto infausti tentativi per curare delle stenosi del condotto, ove invece non è indicata (ed è molto difficile) che un'operazione di plastica: ogni altro intervento farà seguire ad una stenosi una completa occlusione.

D) Perforazioni della membrana timpatica.

Fatte direttamente con uno strumento da punta poco tempo prima della visita medica, sono facilmente riconoscibili all'esame otosco-

(1) Acido cloridrico = escara bianca; acido nitrico = escara giallo aranciata; acido solforico = escara bianco grigiastra; alcali caustici = escara bianca; nitrato d'argento = escara prima bianca poi oscura; fosforo = escara bianca.

pico sia perchè lo strumento perforatore avrà apportato anche qualche lesione sul condotto sia perchè i margini della perforazione si presentano ecchimotici, mentre mancano i sintomi di una flogosi acuta di cui la perforazione dovrebbe essere l'esponente.

Dubbia può essere la diagnosi, se la visita viene fatta quando alla perforazione artificiosa seguì un processo suppurativo, ma questo caso è raro.

E) Suppurazioni.

La frequenza dell'adenoidismo predispone l'infanzia alle otorree di cui una parte si protrae in forma cronica, una parte sembra risolvere, residuando però una certa vulnerabilità o un succedersi di più o meno lontane recidive, una parte risolve clinicamente ma residuano cicatrici o perforazione sulla membrana.

In molte di queste forme la labilità è tale che basta spesso semplicemente l'istillazione di un po' d'acqua nell'orecchio per far recidivare la suppurazione. È quindi evidente che tutti coloro che sanno di trovarsi in tali condizioni di vulnerabilità non hanno che la difficoltà della scelta per riacutizzare il processo suppurativo.

A scopo di provocare riacutizzazioni di processi suppurativi dell'orecchio già passati ad esito trovo molto in uso nella provincia di Roma il lattice del gigaro, dei fichi, della celidonia e della euforbia.

L'esame obbiettivo col vagliare l'importanza delle alterazioni anatomiche, il criterio terapeutico (in seguito a terapia accurata i fatti di semplice riacutizzazione si dileguano rapidamente), le condizioni di struttura nasofaringea e lo stato in cui trovasi la mucosa che la tappezza, l'eventuale ripetersi di tali fatti all'infuori di cause perfrigeranti o reumatiche, sono ttuti elementi che, insieme allo stato di evoluzione psichica del paziente, ci permettono di basare la diagnosi.

Ma esistono anche numerosi casi di vere simulazioni di otorrea. Ho pôtuto sorprendere che con soluzioni di gomma arabica, con zaffarano in polvere, con polverine bianche, con albume d'uovo, ecc., si cercava di simulare delle otorree.

Ciò spiega i vari colori (bianco latte, giallo oro) di alcune secrezioni dell'orecchio e in alcuni casi la loro proprietà « filante ».

In qualche caso vengono introdotti nel condotto uditivo il latte, la raschiatura di zoccoli di cavallo, il miele, ecc., e perfino delle glandole tolte ad animali (conigli, galli) per simulare dei polipi.

Dei simulatori sogliono sporcare lo stuello di medicazione con del sangue che si procurano specialmente delle gengive, e poi lo rimettono in posto sull'orecchio. Una persona chiedeva insistentemente ad un inserviente di Ambulatorio otoiatrico dei tamponi imbevuti di pus, residuo di medicature, allo scopo di farne zaffare l'orecchio di un suo congiunto che doveva presentarsi a visita militare. Potrei moltiplicare esempi di tal genere. È ovvio che in questi casi l'esame otoscopico accurato rende chiara la diagnosi, la quale potrà essere però qualche volta mascherata da dermatite suppurativa del condotto sopraggiunta in secondo tempo; anche in questo caso però non si tratta che di osservare bene per chiarire il dubbio. Non solo a conferma della diagnosi ma sopratutto a scopo morale perchè il militare si convinca che il medico ha i mezzi per svelare il vero stato dei fatti, io tanto in caso di simulazione che di riacutizzazioni artificiose seguo il semplicissimo metodo seguente.

Dopo aver deterso il condotto lo zaffo con garza e occludo il meato con una pallottolina di cotone imbevuto di collodion. Naturalmente dopo qualche giorno, spesso assai rapidamente, nei casi di suppurazione false o sostenute ad arte, col rinnovarsi quotidiano della medicatura, si troverà la garza perfettamente asciutta.

F) Vertigini.

Vengono simulate spesso specialmente in seguito a traumi sul capo.

In questi casi l'anamnesi e la descrizione dei disturbi fatta dal paziente ci danno spesso dei criteri di probabilità sulla diagnosi la quale non potrà essere confermata che dalle numerose esperienze che permettono di stabilire le condizioni di funzionalità del labirinto non acustico (iconogrammi, dinamometria, prove di Bàràny, prove con la corrente galvanica, prove con la sedia girante, ecc.).

* * *

Ho ritenuto necessario richiamare l'attenzione dei colleghi su fatti che a molti erano certo già noti, allo scopo di fissare questi concetti: che nel campo delle otiti medie purulente

1) pur essendo frequenti le autolesioni, ci troviamo talora di fronte a delle pseudo-autolesioni effetto di inopportuni metodi terapeutici;

2) che il riaccendere dei processi già estinti è alla portata di moltissimi individui. (Ho trovato che in un paesello della nostra provincia si canticchia una canzone sul motivo « chi ebbe otite non va più alla guerra »).

Una previdente oculatezza su tutti i casi di otorrea, una speciale cura nei mezzi terapeutici, e l'applicazione del Regolamento militare con le norme che l'otologia detta, specie in tema di prognosi nei vari tipi di otite purulenta, contribuiranno a rendere più facili, e più equanimi i relativi provvedimenti medico-legali.

Roma, luglio 1917.

Di alcuni accertamenti di idoneità a servizio di guerra.

NOTE DI CLINICA MEDICA

per il prof. dott. GIOACCHINO BRECCIA.
della R. Università di Genova.

Nella valutazione clinica delle forme morbose dei militari raramente esula il concetto medico-legale. In altre parole è quasi sempre necessario stabilire, se e quanto la malattia diminuisca l'efficienza del soggetto al servizio, al quale è adibito.

L'essere stato nove mesi capo reparto medico in un ospedale da campo, in cui si fanno provvedimenti medico-legali per ufficiali di ogni grado di tutta un'armata e l'avere io in tale tempo dovuto dettare 500 visite medico-legali per malattie interne, mi ha persuaso che anche da questa pratica clinica possono trarsi utili insegnamenti, degni di essere conosciuti da chi dovesse senza precedente preparazione cimentarsi in giudizi d'idoneità. Scopo di questa nota è tracciare alcune linee generali di orientazione, che da tale lunga pratica e da due anni di guerra mi sono venute all'esperienza.

Generalità. — Io ritengo in generale che, eccetto casi di «non idoneità ad alcun servizio», non vi sono pressochè soggetti «non atti a fatiche di guerra» o «inabili a servizi di prima linea», che, destinati con *criterio sanitario*, non possano rendere utile servizio in adatti uffici ed incombenti con truppe mobilitate ed operanti.

È noto infatti che esistono in zona di guerra e in zona di operazione alcuni servizi, che possono essere disbrigati da persone discretamente menomate della efficienza fisica, i quali in certe condizioni di luogo e di clima non si discostano gran che dagli uffici consueti della vita comune dei soggetti sottoposti al nostro giudizio.

Esistono invece dei servizi, che vengono denominati sedentari o territoriali, che richiedono un lavoro, un'applicazione ed anche un impiego di forze fisiche non certo inferiori ad alcuni uffici delle truppe di linea, eccetto se pure le intemperie e il pericolo.

Non è mio compito enumerare, ma chi sa comprende.

Evidentissimamente non bene si provvederebbe alla salute dei singoli e soprattutto alla efficienza del servizio, destinando senza discernimento gli uomini sotto provvedimenti medico-legale, in base alle formulazioni generiche, che noi diamo in commissione. Tali sono p. e. «idoneo a servizi sedentari», «idoneo a servizi territoriali», «non idoneo a servizio presso truppe mobilitate», ecc., ecc. Queste formulazioni abbracciano, come è evidente, troppo svariate condizioni di lavoro e di vita e distinguono più una categoria d'ordine organico militare, che una assegnazione di congruo lavoro.

Evidentemente, quando un soggetto minorato ha un'assegnazione corrispondente alla sua idoneità, risponde del servizio, come uomo sano, perchè ciò, che si richiede alle sue forze, viene da lui corrisposto e il servizio procede; in caso contrario ricomincia la peregrinazione di ospedale in ospedale e quell'uomo, che in un servizio adeguato valeva un uomo, addiviene per la impropria destinazione un soggetto fuori combattimento — un elemento perduto.

Per queste ragioni l'elenco delle condizioni inabilitanti al servizio di leva, che può ritenersi opportuno e saggio in tempo di pace, perde grandissima parte del suo valore in tempo di guerra, quando abbisognano uomini anche per «mestieri» i più pacifici del mondo e per mettere in disponibilità ad uffici più gravi, anzi di linea i soggetti perfettamente sani ed efficienti, che eventualmente vi erano adibiti.

Perchè per esempio un individuo cardiopatico, che ha fatto sempre in vita sua borghese per sè o per altri l'agente di magazzino, non potrebbe essere impiegato in egual bisogna, dopo vestita la divisa del soldato? Perchè un soggetto con varici voluminose, che per vivere fa lo scritturale d'un avvocato o l'impiegato del banco lotto e il medesimo farà dopo congedato infallibilmente, non potrà fare lo scritturale egualmente presso un comando mobilitato o di truppe operanti?

Conservare il maggior numero possibile di uomini a servizi di guerra, proporzionati alla loro potenzialità fisica, è questo il concetto che deve guidare nei provvedimenti medico-legali. D'altro lato occorre ricordare che, mentre è necessaria severità esemplare con chi approfitta di imperfezioni senza valore inabilitante per sottrarsi al compimento del proprio dovere, proporzionando alla reale efficienza delle forze il servizio, lungi dal fare i vantaggi del singolo solamente, si provvede al regolare andamento dell'organismo combattente.

Altra cosa è invece, quando si tratti di soggetti, sia pure perfettamente sani, cui il lavoro e i disagi di linea hanno procurato una accertata minorazione psichica o fisica.

Pel principio di conservare agli usi di guerra il maggior numero di soggetti, sarà buona norma allontanare dalle linee temporaneamente questi esausti, anche se in apprezzamento as-

soluto potessero continuare nello stesso genere di vita per alcun altro tempo ancora.

Occorre far buon uso del materiale umano, che non si appronta in meno di venti anni e converrà ristorarlo subito che viene deteriorato, perchè altrimenti sarà inutilizzato per un tempo di gran lunga maggiore, se non permanentemente.

Tali sono i concetti, del resto molto ovvii, che io potrei avvalorare con fatti analitici, se fosse opportuno.

Nulla di cieco, di preconcetto, di gretto, o di condiscendente deve essere portato nei concetti informatori della valutazione di idoneità.

In ordine alla *metodica della ricerca clinica* nei casi di provvedimenti medico-legali occorre armarsi della oculata ed obbiettiva diffidenza di chi sa d'esser chiamato a giudicare contro l'interesse immediato del deponente, il quale, anche in buona fede, per una sproporzionata valutazione della propria efficienza e del proprio pericolo ha tendenza ad aggravare le sue reali condizioni e sofferenze.

Nulla di più infido in questi casi che l'anamnesi e la sintomatologia subbiettiva e funzionale. Massima cautela esige dunque l'interrogatorio e la compilazione della storia clinica nelle visite collegiali e di rassegna.

È noto infatti quanto sia facile trovarsi di fronte anche a malattie simulate, procurate od aggravate.

Limitandomi esclusivamente al campo medico e trascurando di progetto tutta la serie infinita dei trucchi volgari destinati ad ingannare la buona fede del collegio medico, su cui è buona messe di osservazioni e di precetti, dirò subito, come ***esiste in pressochè tutti i gruppi di malattie la possibilità di peggiorare il vero, senza ricorrere a banali fallacie.***

Sistema respiratorio. — Mezzi di procurarsi catarri bronchiali interminabili, più o meno estesamente essudativi non mancano per verità, dalla aspirazione protratta del fumo di tabacco forte alla inalazione di sostanze congestivanti di uso farmaceutico. Per il primo fatto alcune volte serve d'indizio la sproporzione fra i fatti laringotracheali nonchè dei grossi bronchi rispetto alla essudazione dei bronchi più minuti che può alcune volte mancare anche completamente od essere assai labile — serve del pari il carattere laringotracheale della tosse e dell'escreato.

Per riconoscere l'azione dolosa dei farmachi iperemizzanti inalati, lo stato congestivo della circolazione esterna (del volto) e i fini fenomeni congestivi non altrimenti giustificabili ed a irregolare ripetizione possono offrirci il filo conduttore.

Ma esiste fra i molti un mezzo difficilmente svelabile, atto a procurare ad arte la persistenza del catarro bronchiale. Ciò è possibile in soggetti a tipo congestivo spiccatamente sensibili alle influenze perfrigeranti, e consiste nell'esporsi volontariamente all'azione diretta del freddo spcie sul tronco per tempo più o meno breve. In taluni soggetti basta assai poco per riaccendere o suscitare dei fatti catarrali spesso fugaci ma prolungabili con lo stesso mezzo quasi indefinitivamente. La variabilità dei reperti in questi casi non sempre riesce a metterci sulla via. Sono dei veri fatti catarrali provocati nella maniera, con cui si suscitano gli spontanei; alcune volte, obbligando al caldo il soggetto, si riesce a far scomparire per incanto.

Un modo assai comodo di tirare il medico in un inestricabile groviglio di ricerche è quello, che io chiamerei dell'invenzione delle lesioni funzionali su base anatomica. Un soggetto sa di avere una sclerosi pleurica antica e innocente e vi ricamerà su una serie di sofferenze, che, se congruamente apprese e recitate, possono mettere a dura prova l'acume del medico. Un altro riuscito a sapere di essere portatore d'un certo grado di enfisema polmonare, non tarderà ad allegare i corrispondenti disturbi funzionali.

Non sarà mai abbastanza considerato a questo proposito che ogni lesione anatomica, che possa avere il valore di esito di processi o di modificazione statica di struttura, non giustifica di per sè sola deviazioni funzionali, alla ricerca della veridicità delle quali occorre procedere collo stesso concetto possibilmente fiscale, che si ritiene eventualmente necessario per analoghe sofferenze allegate, ma *sine materia*. Per mantenerci nei due esempi citati vi sono degli enfisemi polmonari, che decorrono perfettamente ignorati e delle vaste organizzazioni pleuriche antiche completamente inoffensive, come senza turbe di sorta possono decorrere p. e. il rene mobile, la visceroptosi, la stenosi uretrale, ecc., ecc.

È necessario in questi casi sceverare cautamente il fatto anatomico d'indole statica dai fatti dinamici o funzionali, che gli si attribuiscono e che non accompagnano imprescrittibilmente la sua esistenza.

Accertamento tubercolosi. — Ma ciò che più interessa nella clinica medico-legale delle lesioni degli organi respiratori è: *l'accertamento delle malattie tubercolari.*

L'accertamento delle condizioni polmonari dei

soggetti non affetti da sintomatologia tubercolare manifesta non sono nè poche nè lievi, sia in pace, sia in guerra. Valga l'esempio di una simile inchiesta tentata nell'esercito giapponese in epoca non lontana.

I reperti fisici trascinarono il computo dei tarati ancor sani al di là di quanto ragionevolmente era da prevedere, perchè si potesse reclutare come sano un esercito qualunque.

E gli è che la diminuzione della capacità apicale plessica ed acustica (riduzione della sonorità, asprezza o scarsezza del respiro) e le variazioni della formola normale del respiro (cioè: durata della espirazione=1/3 durata della inspirazione, quindi: 1/3 I=E.), rappresenta un fatto analitico, bensì importante, ma che non ha significazione univoca.

È noto che, oltre i reperti fisici, anche i reperti radiologici della diminuzione dell'ampiezza e della trasparenza di aie polmonari hanno bisogno di cautavalutazione. Forme superate di localizzazione tubercolare, non meno che forme silenziose e inattive ma progressibili, o forme in evoluzione graduale sono capaci di dare la medesima sintomatologia fisica e sopratutto la stessa diminuzione della capacità respiratoria apicale.

Ho altra volta accennato, sia pure sommariamente, quale io credo sia la conveniente classificazione delle forme tubercolari polmonari in ordine al decorso; cercherò di riassumerla qui sistematicamente. Io distinguo malattie tubercolari: latenti, inlocalizzabili, silenziose, inattive, progressibili, progressive (con prevalenza difensiva, o tossibacterioemiche e discrasiche).

Devono denominarsi *latenti* tutte le localizzazioni tubercolari, di cui non si riesce a svelare nè la esistenza, nè l'efficienza patologica.

Inlocalizzabili sono le malattie tubercolari, di cui sfugge la localizzazione, ma ne sono accertabili le conseguenze patogene di qualsiasi natura (tossiche, bacterioemiche, discrasiche).

Meritano il nome di *silenziose* le lesioni tubercolari per quanto possibilmente accertate come sede, di cui non è possibile valutare l'azione patogena.

Sono invece *inattive* quelle, la cui azione patogena è certamente nulla.

Conviene ritenere *progressibili* quelle localizzazioni tubercolari di qualsiasi grado, che hanno tendenza ad aumentare episodicamente la loro importanza morbosa, sia locale, sia generale, in una misura qualunque. Sono invece *progressive* quelle lesioni tubercolari, che dimostrano una chiara evoluzione, sia d'invadenza, sia d'azione tossibacterioemica e discrasica, qualunque sia la lentezza di tale progressione.

Tali forme progressive vanno distinte clinicamente in due gruppi, a seconda che decorrono con prevalenza *in difesa* o con prevalenza d'azione generale *consuntiva*.

L'esistenza delle due categorie di tubercolosi progressive *florida* e *consuntiva* è di antica conoscenza; è da avvertire però che per tisi florida s'intendeva ancora alcune volte segnalare invece la forma con invasione rapida e vegetante. Ma questi ultimi tipi non riguardano direttamente le osservazioni presenti. Di massima importanza sono invece le forme di più difficile accertamento, vale a dire le latenti, illocalizzabili, silenziose e inattive.

Le malattie tubercolari latenti e illocalizzabili sono quelle, che nelle truppe mobilitate possono occultarsi sotto la maschera delle sindromi di sovraffaticamento o di strapazzo, dovute al nuovo incongruo regime di vita e venire confuse agevolmente con qualcuna delle molteplici forme asteniche del sistema vegetativo o di relazione, nelle quali il limite dell'obbiettivo si confonde con quello del subbiettivo e dove l'esagerazione, se non la simulazione, trovano ampio campo d'attecchimento.

In pratica però avviene, per quello che riguarda la truppa, in grandissima parte reclutata dai ceti meno favoriti della nazione, che il disagio di guerra aggrava la somma dei disagi sofferti nella vita abituale e ne colma la misura. In tal caso la forma latente o inlocalizzabile di tubercolosi si accoppia per lo più a stati di deperimento organico e di anemizzazione cospicui, e più facilmente si estrinsecano con periodi piretici o subpiretici caratteristici della febbre tubercolare latente.

Anche che non si pensi allora all'esistenza di lesioni tubercolari, tali individui vengono gabellati con una nomenclatura qualunque e si provvede di conseguenza e per lo più efficacemente.

Nei civili invece quando il portatore di un focolaio tubercolare o completamente latente o di occulta localizzazione, viene alla osservazione medica, le conseguenze del focolaio, identificabili etiologicamente o non, sono già di tale momento che le condizioni abituali di vita servono già a metterle in vista.

Tali infermi allora non possono essere considerati più quali tarati o candidati, come assai impropriamente si dicono, ma sono veri malati attuali, in cui sfugge il processo patogenetico o semplicemente la localizzazione del processo medesimo.

Nel caso militare la mancata diagnosi di na-

tura tubercolare in tali soggetti veramente e propriamente malati può non essere di grave conseguenza, perchè egualmente siano allontanati dalle fatiche di guerra, il che nella gran maggioranza dei casi basta a far cessare la sindrome o a ridurla a modeste proporzioni; nel caso borghese, se la diagnosi non venga fatta e sollecitamente, non si provvede a « riformare » i soggetti dal loro genere di vita, non si mettono a « servizio sedentario », perchè urge il bisogno e la forma aggrava spesso irreparabilmente.

Ma non meno che nelle anzidette è grave la responsabilità del medico nelle forme di tubercolosi silenziosa e inattiva.

Secondo l'Elenco delle malattie, che dànno esonero dal servizio militare, la tubercolosi polmonare di qualsiasi grado dà luogo a riforma. Ciò si riferisce in pratica a quelle forme di tubercolosi polmonare di più comune accertamento, per lo più già di grado essudativo o suscettibili di essere riportate a qualcuno dei tre stadî tradizionali.

Raro è invece che fosse in passato ritenuta accertabile qualunque altra lesione senza fatti umidi o modificazioni plessiche grossolane.

D'altra parte altro è l'esistenza di una forma tubercolare silenziosa e di una inattiva. Fra le forme tubercolari inattive vanno fra le prime le sclerosi residuali di lesione pregresse. Queste a rigor di termine consentono una utilizzabilità relativamente più larga del soggetto che ne è portatore.

Ma il giudizio di inattività di una localizzazione tubercolare, sia pure sclerosante, è della massima difficoltà, come ebbi altrove a dimostrare (1) in buon numero dei casi. Inoltre, per quello che concerne le forme tubercolari silenziose, l'assenza d'ogni fenomenologia, imputabile alla loro attività, coopera massimamente a farne disconoscere la esistenza, cosicchè nell'un caso e nell'altro un buon numero di lesioni appartenenti a questa duplice categoria sfuggono al disposto dell'Elenco di non idoneità; tali soggetti allora si trovano in maggiori difficoltà di provvedimento che le stesse forme latenti e illocalizzabili.

Rimangono adunque accertate per lo più le sole forme progressive e conclamate, che rispettivamente non tardano a dare una sintomatologia grossolana o s'impongono alla più sommaria visita di arruolamento.

Questo stato di fatto fa sì che possono verificarsi ambedue le contingenze di questa alternativa estrema — impiegare incondizionatamente dei portatori di lesioni tubercolari progressibili, o porre la riserva su soggetti con forme inattive, o anche completamente obsolete, o soltanto con diminuzione della capacità apicale per nulla affatto ammalati, come accadeva nella inchiesta giapponese. Da tale circuito è assai arduo il districarsi malgrado ogni cautela.

Una ricerca di massima importanza e di non minore difficoltà è l'osservazione dei cosidetti *sospetti di tubercolosi polmonare*. Ho detto, in altre mie memorie, quali oscurità diagnostiche offra l'accertamento positivo delle localizzazioni tubercolari latenti, della eventuale attività di focolai silenziosi, e della progressibilità di localizzazioni inattive.

Tale accertamento ha una importanza capitale nel giudizio di idoneità.

Ripeterò come le modificazioni fisiche dell'apice eccetto la dimostrazione di fatti essudativi stanno alcune volte, sia per lesioni silenziose, sia per lesioni absolete. Le reazioni specifiche nel mezzo organico ed al di fuori dell'organismo non dimostrano l'attività o attivabilità delle losia per lesioni obsolete. Le reazioni specifiche calizzazioni accertate e latenti. Le reazioni specifiche *in vivo* (prove tubercoliniche) dimostrano in esso la sensibilità specifica, che sopravvive spesso allo spegnimento di ogni attività patogenetica di localizzazioni tubercolari comunque piccole, le reazioni specifiche *in vitro* attestano la presenza nel mezzo organico dell'individuo delle *reagine* tubercolari, senza dimostrare nulla dell'attuale esistenza di focolai tubercolari. Nulla adunque fisicamente ci dà il concetto patognomonico dell'attualità della lesione latente o illocalizzabile che possa venire in valutazione.

Tubercolosi a decorso oscuro. — È il concetto clinico complessivo, che spesso mette in grado l'osservatore di formulare un giudizio nelle forme meno manifeste di tubercolosi polmonare. Fra le innumerevoli ricerche di ogni ordine, proposte per l'indagine d'accertamento della tubercolosi polmonare io soglio attenermi ad uno schema tutt'altro che perfetto o incensurabile, ma che praticamente ho riconosciuto di assai utile indirizzo. Esso può prospettarsi così:

1. Criteri generali: *a*) gracilità dello sviluppo e morfologia somatica tubercolare; *b*) ipotrofia apparentemente primitiva; *c*) turbe disintegrative del ricambio azotato e minerale.

2. Condizioni dell'ematosi: anemia, leucopenica, oligocromica persistente, con urobilinuria e assenza o quasi di forme rigenerative delle emazie in circolo (linfocitemia).

(1) *Il Pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare*, guida teorica-pratica e studî originali Torino, Rosemberg & Sellier, 1914.

3. Linfadenismo diffuso e splenomegalia essenziale.

4. Condizioni del sistema respiratorio: morfologia speciale del torace, reperto fisico degli apici; reperto radiologico; reperto pneumomanometrico in diminuzione della forza espiratoria.

5. Disturbi concomitanti del sistema vegetativo: *a*) stati ipertiroidei; *b*) iposurrenismo (tachicardia con ipotensione); *c*) cuore piccolo.

5. Febbre latente, variazione della temperatura agli sforzi (marcia di qualche ora) e in seguito a turbe della funzione digerente.

6. Fenomeni di sensibilità generica, elevazioni termiche all'iniezione di iodio.

7. Sensibilità specifica, cutireazione tubercolinica, e reazione all'iniezione tubercolinica.

8. Potrebbero essere aggiunte le ricerche di laboratorio, saggio delle agglutinine, precipitine, opsonine, fissazione del complemento.

Tali ricerche non sono di comune esperibilità nè di valore incontroverso.

Ricapitolando: il quadro completo della sindrome tubercolare oscura, ma pure accertabile sarebbe a mio credere possibile a fissare così:

Soggetto gracile ipotrofico, in deperimento, anemico con leucopenia, linfatismo e splenomegalia primaria, tachicardico ipoteso, facilmente febbricitante, con ipersensibilità generica e tubercolinica e reagine tubercolari circolanti, reperto fisico e radiologico di insufficente aerazione degli apici.

Spetta poi all'accorgimento del clinico valutare la gerarchia dei reperti ed il loro valore probativo quelle volte che la sindrome non sia completa.

Sistema circolatorio. — Non mi soffermerò a ridire quanto è giù notissimo di mezzi fraudolenti, atti a suscitare modificazioni dell'azione cardiaca per lo più a tipo tachicardico. I mezzi farmacologici numerosissimi e di non facile identificazione meno frequentemente sono impiegati, perchè poco agevole riesce il procurarli ed hanno un uso abbastanza pericoloso. L'abuso del fumo, degli alcoolici e del caffè è un mezzo piuttosto primitivo, ma discretamente impiegato. Le frodi tossifarmacologiche possono alcune volte essere di difficile accertamento, occorre a questo scopo aver presente il quadro completo delle modificazioni circolatorie e generali indotte dalle diverse sostanze sospettate e vigilare il contegno della pressione arteriosa e i caratteri del polso. Non mi è possibile discendere a maggiori particolari. Basta ricordare: non fidarsi al solo numero dei battiti.

Un sistema, che vuole un certo allenamento, ma che in alcuni individui riesce a perfezione a produrre la tachicardia, consiste nell'imporsi un ritmo o una frequenza anormale del respiro o nel trattenerlo per alcun tempo nella imminenza dell'esame. Lo stesso si dica della espirazione a glottide chiusa o nel ponzare prolungatamente. Il sorprendere i soggetti in tali manovre di preparazione basta distruggere tutto l'edifizio di fallacia studiato da lunga mano. Prima di giudicare sulla essenza di fatti cardiaci funzionali occorre massima cura di sorprendere eventualmente fatti obbiettivi o meglio centrali. Così quando alle asserite sofferenze della sfera circolatoria si associano modificazioni dell'aia od altri reperti obbiettivi di qualche importanza, è già il caso di non trascurare le dichiarazioni dei soggetti, anche quando sembrino meno veritiere o meno precise. Fra i sintomi obbiettivi l'aumento dell'aia cardiaca mi parve sempre il più significativo di fronte alle anomalie del ritmo e ai fatti acustici; a rigor di termine più influenzabili artificialmente.

Esistono mezzi molteplici per stimare fisicamente l'entità delle turbe della funzione cardiaca, primi per frequenza e applicabilità l'esercizio meccanico o fisico; la ricerca del numero e più ancora della pressione prima e dopo l'esercizio meccanico ha una certa significazione. Quando si debba giudicare del fatto numero, frequenza, sono dell'avviso di quelli che propongono di tener conto più della durata della tachicardia dopo lo sforzo che dell'altezza del numero raggiunto durante esso.

Un metodo che io ritengo ottimo alla valutazione dela energia cardiaca e che riesce alcune volte utile in questi casi è il metodo che va sotto il nome del Katzenstein, perchè fu proposto da Cardarelli quasi 25 anni prima.

Riducendo come si fa col metodo del Katzenstein proposto dal Cardarelli la estenzione del campo circolatorio periferico (con la compressione delle femorali) noi abbiamo un indice più sicuro della energia cardiaca disponibile sul momento, che non imponendo al soggetto determinati esercizi muscolari; le variazioni del numero dei battiti e della pressione arteriosa non possono essere troppo influenzabili per azioni nervose. La modalità da me proposta (nel libro *Il pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare*, Rosemberg e Sellier, Torino, 1914 e *Rivista critica di Clinica Medica*, 1917) col sostituire alla pressione digitale la pressione con manicotti pneumatici tipo Recklingahusen applicati alle coscie, così da ottenere riduzioni di circolo graduabili, mediante un manometro oscillatore permette di misura-

re l'efficienza del cuore nelle più varie condizioni di circolo periferico e per la più differente durata della modificazione circolatoria indotta

Mi è avvenuto alcune volte di notare una notevole variabilità del reperto plessico ed acustico in cuori, di cui importava a scopo medico-legale stabilire le condizioni anatomiche degli orifici e del miocardio. Usai con profitto la somministrazione dell'infuso di 1 gr. di digitale a scopo diagnostico in dose unica o ripetuta. Sotto l'azione del farmaco è possibile stabilire la reazione miocardica ed esplorare la sufficienza degli orifici di fronte all'aumentata energia sistolica (o, se più serva, diastolica). Di cardiodiagnostica avrò occasione di dire più estesamente in altra nota. L'accenno serva a ricordare, come tal mezzo altra volta di uso scolastico sia capace a rendere ottimi servigi senza rischio alcuno. Non vanno nemmeno trascurati i saggi della funzione del vago e del simpatico con i mezzi più in uso (atropina, nitrito di amile (Josuè) e adrenalina). In una parola occorre alcune volte per stabilire un concetto medico-legale, esperire intiere le ricerche cliniche della funzionalità cardiovascolare.

Sistema digerente. — Molte affezioni del sistema digerente possono essere con una certa facilità provocate, perpetuate ed aggravate, senza che spesso il diagnostico possa svelare l'inganno. Anche di varie sofferenze gastro-intestinali asserite è difficile in certi casi comprovare la realtà.

Basti nominare le forme di stipsi e di diarrea. È molto facile e banale ingerire lassativi od astringenti nella quantità e per la durata, che la pratica criminale sa forse meglio di noi indicare al colpevole.

Io dirò che molte volte una astuzia così banale riesce incontrollabile. Evidentemente se tali pratiche durano per un tempo conveniente le forme catarrali, molto simili alle spontanee, non si fanno desiderare e talvolta anche con modica febbre. In ordine alla stipsi basta che i soggetti scelgano opportunamente l'alimentazione e inibiscano i bisogni dell'alvo senza troppo stento per ottenere quell'atonia sigmorettale che basta a sostenere una costipazione qualsiasi. Può inoltre alcune volte avvenire, se non si richieda di mostrare le feci, di credere alle turbe di funzione dell'alvo solo sulla parola dei soggetti.

In qualunque caso di turbe funzionali del sistema digerente è necessario poter documentare modificazioni sostantive o quanto meno obbiettivabili. L'esame fisico e del chimismo gastrico, come l'esame chimico e microscopico delle feci sono indispensabili. Per lo stomaco lo studio della forma, della tonicità, della motilità e della secrezione, devono potere esser fatte da tutti. Nessuna importanza io soglio dare alla tensione gastrica o colica. Anche se le pratiche già descritte non fossero capaci di provocarla basta abituarsi alla aerofagia per ottenere fatti discretamente rilevanti.

Scarsa importanza fra le modificazioni gastriche meccaniche io dò solitamente all'ectasia. Io e chiunque ha pratica di queste forme morbose abbiamo veduto degli stomachi ectasici considerevolmente ed anche sufficientemente ptosici vuotarsi completamente e non portare alcuna molestia ai soggetti. La sufficienza motrice è perfetta.

In certe classi lavoratrici, in cui si suole portare a grosso volume la quantità degli ingesti a cagione dello scarso loro valore nutritivo, il fatto è discretamente frequente e non dà sofferenze in generale. La prova della distensibilità o tonicità gastrica alla ingestione di prova dei liquidi (acqua) o metodo Dehio-Queirolo, ha un valore dimostrativo a mia esperienza assai rilevante. Esso però non eguaglia in valore probativo la prova della motilità gastrica. Questa deve unicamente ricercarsi sondando dopo 6 ore dal pasto di prova lo stomaco, come è noto.

La tonicità e la motilità gastrica non vanno per altro di pari passo. Vi sono infatti stomachi distensibili ma ben contrattili; essi sono di solito ben secernenti. È ovvio, ma è bene ricordare, che in ogni caso il giudizio di iper- e ipocloridropepsia deve essere fatto esclusivamente sui dati dell'esame completo del succo gastrico estratto dopo il pasto di prova, non essendo attendibili per principio le dichiarazioni dei soggetti.

Un altro sintomo da mettere in quarantena è il vomito. A tutti è noto quanto facilmente alcuni lo provocano anche con semplici sforzi e ponzamenti.

La legittimazione del vomito è spesso possibile mediante l'esame del contenuto gastrico raccolto nell'emissione. È necessario fare grande attenzione prima di accettare come spontaneo un vomito in cui non si siano trovate modificazioni del chimismo, quando altri fatti d'importanza non riescano a giustificarlo.

Non occorre dire come anche il vomito doloso può dar luogo a notevoli dimagrimenti, come le stipsi e le diarree provocate ottengano altrettanto.

L'indagine radiologica nei casi dubbi può alle volte essere di notevole vantaggio (ricerche della forma, della tonicità, della motilità, della trasparenza dei varî tratti del tubo digerente).

Dirò concludendo che esige grande prudenza il giudizio medico-legale per malattie del sistema digerente e come all'esame fisico scola-

stico è spesso necessario aggiungere un cauto esame funzionale, esperito con i migliori metodi recenti di cui qui non è opportuno trattare.

Malattie del ricambio e del sangue. — Per questi appunti interessa soltanto l'anemia e un'entità nosologica, più militare che clinica, il « deperimento organico ». Simulabilissimi tutte e due, sono assai sovente esagerate dai pazienti.

Una serie di soperchierie, note anche ai collegiali, che vogliono essere richiamati in famiglia, o nel modo più semplice la dieta può essere messa in opera sovente con sicurezza di riuscita per determinare l'anemia. I caratteri citologici del sangue in codeste anemie comunque fattizie non danno argomenti diagnostici di valore alcuno.

Per dire del deperimento organico converrebbe precisare avanti che cosa sia. In linguaggio militare è l'uomo dimagrito e astenico. Quale sia poi l'etiologia di molte forme di questa denutrizione e di questa adinamia varie volte reale e semeiologicamente primitiva non è facile dirlo. Un cumulo di fattori entrano tuttavia in quelle forme che appaiono secondarie.

Alcuni tipi di deperimento organico sono di origine dispeptica, altre di natura probabilmente specifica tubercolare in soggetti tarati o con lesioni latenti, talune forme devonsi attribuire a modificazioni endocriniche, fra cui un certo numero sono derivati da ipertiroidismo meno manifesto, o sono dipendenti da costituzione originariamente debole ed infine sono attribuibili a difetto d'allenamento in soggetti vissuti a lavoro sedentaneo e cagionati da sovraffaticamento fisico e psichico. Queste sono le principali cagioni di deperimento che mi venne dato di scoprire, senza pregiudizio di altre che potrebbero essere enumerate.

Non ritengo impossibile che i traumatismi psichici specie i repentini e gravi stati angosciosi possano dare alcuna volta per conseguenza stati di deperimento organico per meccanismi patogenetici non del tutto riconoscibili. Mi avvenne di osservare parecchi anni fa un caso di spiccato dimagramento (30 kg. con un'altezza più che media) in una donna a cui cadde in seno una serpe dall'alto di un tronco. Nessuna turba funzionale od anatomica fu possibile mettere in evidenza a giustificazione di tale dimagramento, che persistette per mesi, finchè uscita dall'ospedale la persi di vista.

Naturalmente il provvedimento medico-legale in questi casi si fonda sul concetto etiologico; come per l'anemia anche pel deperimento organico le identiche falsificazioni sono possibili.

Per dare una idea come in modo semplice si può giungere dolosamente a condizioni estreme, ricorderò quanto vidi or è molt'anni in un soggetto, a cui premeva liquidare una indennità per infortunio che gli veniva contestata. Egli si presentò all'esame sostenuto a braccia in uno stato di denutrizione generale tale, che indusse nel medico la persuasione che fosse affetto da atrofia muscolare progressiva spinale e aveva veduto anche la reazione degenerativa (!). Liquidato l'infortunio nella misura del 100 per cento, il soggetto ritornò grasso e vegeto come prima.

L'esame esatto delle condizioni fisiche dell'infermo e la inchiesta etiologica del dimagramento vale per lo più a salvaguardarsi dagli inganni.

Malattie del sistema nervoso. — Non mi estenderò su questo punto, perchè il genere delle mie osservazioni nell'attuale servizio non mi hanno fornito il conveniente materiale.

Occorre appena dire la frequenza con cui capita in generale vedere esagerare o simulare stati di sofferenza psichici e nervosi. Non mi spetta di parlare di simulazioni di psicopatie. Vidi simulare una volta da una giovane donna la dispnea respiratoria. La parodia era così grossolana che si rendeva riconoscibile a prima giunta. Ma vidi simulare le convulsioni tetaniformi e vidi ritenerle per vere da due ottimi medici.

Fra le forme nervose simulate o esagerate che con frequenza possono capitare in servizio militare all'internista sono frequenti le ischialgie. I riflessi obbiettivi del dolore si sa bene quello che valgono e si sa anche, come spesso le reazioni elettriche possano fare difetto e si sa infine come le ipotrofie da non uso possono essere non minori di quelle della sciatica non nevritica.

Quando si tratti di soggetti, che una volta hanno avuto la sciatica vera o che hanno subiti molti esami, può capitare che non si abbia sottomano un sintoma di faccia nuova, che i pazienti non conoscano o non arguiscano.

Io uso abitualmente di ricercare il maggior numero possibile di riflessi muscolo-tendinei comparativamente nei due lati; spesso accade che le differenze in più o in meno dal lato malato servano di buon indizio. Questa reazione d'irritazione o di paresi reflettorie può mancare nella ischialgia e in tutte le nevralgie far difetto in un buon numero di casi.

La massima cautela adunque richiede l'indagine di forme neuvropatologiche senza sindrome obbiettiva. Di assai scarso ausilio riesce la ricerca della sensibilità e in ordine all'unica relativamente più obbiettivabile: la dolorifica, essa deve essere provata di sorpresa e possibilmente nel sonno. L'inibibilità di alcuni sogget-

ti mi è apparsa tale che non sarà mai abbastanza raccomandata la prudenza nel sorprendere le reazioni motrici al dolore anche più piccolo.

* * *

La sommaria collazione di queste note non ha altro valore che storico; essa è fatta su dati d'esperienza e non ha altro scopo che il seguente: generare la persuasione che gli accertamenti medico-legali sono un compito clinico e dei più delicati, in cui l'anamnesi è inattendibile, la sintomatologia subbiettiva malfida, e i reperti obbiettivi spesso compromessi da svariate soperchierie. Molta prudenza occorre nel formulare un giudizio, poichè se è iniquo che alcuni cittadini si sottraggano con dolo al compimento del loro dovere, è del pari atroce che altri lo compiano al disopra della loro energia ed in ispregio allo spirito e alla lettera della legge.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Riunioni medico-militari di Ferrara e Rovigo

(istituite dall'Accademia delle Scienze mediche e naturali di Ferrara).

VIII^a RIUNIONE.

Rovigo — Ospedale del Seminario — 21 genn. 1917.
Presidenza: F. BOZZI.

I piccoli segni elettrici della sciatica.

NERI. — La comunicazione concerne un lavoro pubblicato per intero nel fascicolo 23. Facciamo seguire il resoconto della discussione che essa ha sollevato.

BOZZI. — Cita una brillante statistica di guarigioni di sciatiche ottenuta nel suo Ospedale. Spiega come la maggior parte di questi successi derivasse, in sostanza, dalla intimidazione portata nei pazienti dalla prospettiva di subire una molto energica cura revulsiva, che i pazienti stessi avvertivano nei compagni essere molto dolorosa. L'O. non si peritava di attuare una cura così fatta, ricordando come la famosa vecchietta di Cassano ottenesse dei risultati empirici, ma senza dubbio magnifici, appunto applicando un revulsivo addirittura straziante, che era a base di *ranunculus sceleratus*.

BOSCHI si compiace di vedere nei risultati terapeutici, essenzialmente psicoterapici, ottenuti dal Colonnello Bozzi, qualche cosa che rileva l'interesse del problema medico-legale della sciatica concepito come egli ebbe ad esporlo ad una Riunione precedente. Infatti, come si concilierebbero i segni obiettivi di sciatica rilevati nella maggior parte dei casi dai metodi fini come quelli del Neri, come si concilierebbero con questa grande maggioranza di guarigioni subitanee di fronte alla prospettiva pura e semplice di una cura dolorosa ottenuta dal Colonnello Bozzi? Non è detto che *tutti* i malati di sciatica lo siano così da presentare i detti segni obiettivi. Ma viene anche fatto di pensare dell'altro. Ed è che i simulatori di sciatica sono *realmente* affetti da sciatica, o almeno da residui di sciatica; ed ecco perchè rispondono positivamente alle delicate manovre diagnostiche. Ma, d'altra parte, sono simulatori tuttavia, simulatori di quantità, esagerano l'entità del loro dolore, assumono atteggiamenti e movimenti antalgici esagerati, ma caratteristici, perchè il poco dolore reale basta a provocarli e a guidarli; la volontà del P. ha il compito facile di accentuarli, mentre potrebbe, pure facilmente, sopprimerli, se, in nome di qualche motivo estetico o morale, trascurasse l'ipotetico blando dolore, che spesso non è più di una semplice molestia. Ed ecco perchè in soggetti che pur avrebbero potuto presentare, almeno buona parte, segni obiettivi di strascichi sciatici, la cura psicoterapica potè pur dare risultati sorprendenti: tale cura sostituisce agli argomenti che fanno la volontà restia un argomento (la prospettiva di una cura dolorosissima) che polarizza il volere verso la normalità.

NERI dichiara che i metodi di ricerca migliori dal punto di vista medico-legale sono quelli che provocano e rilevano il dolore all'insaputa del malato; e cita i suoi due metodi della flessione brusca del capo sul tronco e del tronco sugli arti. Vi sono infatti dei casi in cui esistono tracce neurologiche di sofferta neurite, e tuttavia manca ogni dolore ed è integra l'attitudine professionale.

Ritiene poi che per certe sciatiche ostinate e ribelli non vi sia altra pratica che una lunga licenza di convalescenza.

BOZZI si oppone a questo provvedimento per la pericolosità dell'esempio.

BOSCHI si associa al Colonn. Bozzi; e sostiene che, per quanto ribelli, la massima parte delle sciatiche devono colle adatte cure, essere portate a tal punto di regressione da consentire *almeno i servizi sedentari*.

E quanto ai mezzi diagnostici, data la sua localizzazione del problema medico-legale, egli crede che un grande sussidio diagnostico alla portata pratica della sciatica sia offerto dalla osservazione insospettata come può essere attuata in istituti specializzati. La sua personale esperienza gli ha fornito reperti considerevoli. La ricerca pura e semplice del dolore, non graduabile, non è sufficiente. Si deve pretendere che il soldato sappia superare, come farebbe nella ordinaria vita professionale, il dolore da poco, il piccolo acciacco, che, sfruttato da intendimenti neghittosi o vili, saprebbe invece produrre reazioni antalgiche naturali di qualità e quindi caratteristiche.

NERI osserva che taluni sciatici hanno dei lunghi periodi indolori e delle crisi di qualche ora dolorosissime durante le quali sono inetti a qualunque servizio.

BOSCHI soggiunge che si può ripromettersi dalla cura neurologica la dissipazione o la attenuazione di questa accessualità: e che, ad ogni modo, i soggetti trovano al Corpo la assistenza medica per le eventuali crisi.

A. BALBONI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sulle affezioni congiuntivali provocate o simulate.

Il riconoscimento di malattie provocate o simulate dell'occhio o dell'orecchio rientra nel puro dominio dello specialista, che può applicare alla bisogna tutti gli accorgimenti dell'arte. Per la loro frequenza e per la possibilità che si presentino anche al pratico, riteniamo però utile accennare alla provocazione di affezioni congiuntivali.

A quanto riferisce il dott. L. Alaimo (*Riv. San. Siciliana*, 1916), vi sono degli sciagurati, che non hanno esitato ad infettarsi di tracoma e di blenorragia. In tali casi però il medico si trova davanti al fatto compiuto, e solo un'inchiesta rigorosa e difficile potrebbe accertare la provocazione volontaria della malattia.

Molto più comuni sono invece le congiuntiviti provocate mediante polveri contenenti sostanze irritanti. È probabile che di queste ne esista un numero non indifferente, spacciate e diffuse segretamente: mi consta che in un caso l'esame chimico-micrografico vi ha rivelato la presenza di cristallini di solfato di rame, di polvere di tabacco e di frammenti del bulbo di una gigliacea a succo irritante, analoga all'aglio. Una delle polveri più comunemente usate a tale scopo è la polvere di ipecacquana. — Se ne sono occupati ampiamente C. Gaudenzi e B. Morpurgo (*R. Accad. med. di Torino*, 1916), che ne hanno osservato diversi casi, uno dei quali era riuscito a carpire, altrove, un giudizio di riforma. Alla trattazione di detti AA. sono informate le note seguenti.

Nella forma di intensità media, si hanno i seguenti sintomi principali: la cute delle palpebre, specie dell'inferiore, si presenta più o meno rigonfia, con tenui residui di catarro essiccato lungo la linea d'impianto delle ciglia.

Con l'abbassamento della palpebra inferiore, la congiuntiva si arrovescia in avanti, fortemente inspessita, disponendosi in grosse pliche parallele longitudinali. La superficie della mucosa è di aspetto leggermente untuoso fino al lardaceo.

Il colore della membrana ha costantemente un tono gialliccio o giallo-bruno. Caratteristica è anche una forte diminuzione di trasparenza della mucosa, per cui, anche all'esame con i mezzi di ingrandimento, la rete vascolare sottocongiuntivale si sottrae del tutto alla vista. Nessuna formazione nodulare, follicolare o granulare si rinviene di regola sulla tarsale e nel seno.

Manca ogni accenno di iperemia ciliare ed è invece frequente un inspessimento della mucosa del limbus, che in forma di anello leggermente rilevato circonda la cornea.

Le alterazioni descritte si arrestano tutte presso che nettamente all'altezza del meridiano orizzontale del bulbo. Ai fatti relativamente imponenti rilevati nella porzione inferiore del sacco congiuntivale fa il più aperto contrasto l'integrità, che si conserva a lungo assoluta, della porzione alta di esso, specie della mucosa del fornice e del tarso superiore: per modo che il semplice confronto tra le due palpebre everse e l'una all'altra accostate rappresenta un importante argomento di giudizio intorno all'origine artificiale della malattia.

Il quadro descritto può subire notevoli modificazioni per molte cause, quali le preesistenti condizioni della mucosa, il sovrapporsi di processi infettivi, ecc. Tutti i sintomi ricordati regrediscono rapidamente, sospendendo l'uso della sostanza, ma, anche se hanno appena raggiunto un grado di media intensità, ne permangono delle vestigia caratteristiche, sì da permettere la diagnosi retrospettiva, anche dopo diversi mesi; specialmente la velatura e la colorazione, che può arrivare fino al bruno, sì da ricordare l'argirosi.

Il sospetto di malattia provocata si presenta quando, con i sintomi descritti, si nota un decorso con capricciose alternative di esacerbazioni e miglioramenti, e l'inefficacia assoluta delle blande cure e delle misure igieniche.

Gli AA. citati, dopo avere invano usato delle carte protettive e di bendaggi, che possono venire rimossi non ostante le più diverse precauzioni, hanno ricorso a più rigorose cautele e ricerche, rinvenendo sui malati delle polveri riconosciute poi per ipecacuana.

I caratteri di questi sono i seguenti, si riscontrano all'esame microscopico essenzialmente dei granuli d'amido (reazione con lo jodio) ovalari splendenti, del diametro di 4-10 μ, senza apparente struttura interna; ed inoltre delle cellule parenchimali, fibre, vasi e trachee, zolle amorfe brune, e cristalli aghiformi.

Il filtrato ottenuto dopo aver trattato la polvere con acqua tiepida, riduce fortemente il liquido di Fehling. La polvere dà inoltre la *reazione dell'emetina*, si tratta cioè con acido cloridrico, e si filtra: con il cloruro di calce, il filtrato dà una colorazione rossa più o meno carica.

Tenuto conto del forte potere di riduzione del liquido di Fehling, è a ritenersi che la polvere

esaminata fosse polvere del Dover, che, oltre all'ipecacuana contiene del lattosio.

L'introduzione della sostanza viene abitualmente compiuta sospargendo con la polvere il polpastrello umettato di un dito e sfregando questo direttamete sulla congiuntiva del fornice inferiore, due o più volte al giorno. Non ci sembra improbabile che in seguito si consigli ai simulatori di sfregare anche il fornice superiore, venendo così a mancare il segno, ritenuto patognomonico dell'arrestarsi delle lesioni alla metà inferiore della congiuntiva.

La conoscenza di queste alterazioni congiuntivali provocate è importante anche sotto un altro punto di vista. In un caso osservato da Gaudenzi e Morpurgo era stata fatta una diagnosi antecedente di congiuntivite da gas lacrimogeni, e quindi di una malattia riconosciuta come dipendente da causa di servizio, ciò che avrebbe condotto lo Stato ad indennizzare un simulatore. *ini.*

Degli edemi provocati.

A. Mori (*Riforma medica*, 1917, n. 11 e 12) riferisce 16 casi di edemi provocati agli arti inferiori, da lui osservati nei soldati durante la guerra attuale.

In 15 casi la costrizione per determinare l'edema era stata esercitata sugli arti inferiori ed una sola volta a destra; nell'altro caso all'avambraccio sinistro. E ciò a differenza di quanto si osserva nella pratica infortunistica: gli operai assicurati si provocano per ovvie ragioni l'edema agli arti superiori. È preferita la gamba sinistra perchè essa meglio si presta alle pratiche della costrizione e perchè il simulatore con più facilità può simulare la claudicazione appoggiandosi col bastone sull'arto destro.

La sintomatologia dell'edema da costrizione non differisce essenzialmente per i suoi caratteri clinici dall'edema comune da stasi. Anche qui aumento di volume del segmento periferico dell'arto, aspetto speciale della cute, tesa, lucente, con colorazione che va dal roseo al cianotico. Talvolta la cute prende l'aspetto marmorizzato specie nelle parti più declivi e tal altra si hanno delle vere suffusioni sanguigne superficiali ai malleoli o sui bordi laterali del piede. Alla palpazione si apprezza: ispessimento, diminuita elasticità, consistenza molle, pastosa per modo da conservare l'impronta di una pressione. Nei casi di lunga durata nelle regioni più declivi al dorso del piede ed ai malleoli, la cute può acquistare una consistenza dura, come se si trattasse di un'elefantiasi. Le dita sono quasi sempre risparmiate.

L'edema da costrizione si riconosce per caratteri negativi e positivi.

I primi sono: assenza di quei fatti di natura traumatica che ordinariamente provocano gli edemi localizzati ossia fratture, processi infettivi, lesioni dei vasi sanguigni e dei nervi.

Per quel che riguarda i segni positivi bisogna innanzi tutto considerare che l'edema da costrizione si presenta in forma massiva terminante in alto bruscamente con un limite perfettamente circolare, che separa nettamente il segmento periferico dal centrale, per cui i tessuti alterati si differenziano facilmente da quelli normali oltre che con l'ispezione anche con la palpazione. E nella zona di passaggio fra i due segmenti si ha sempre più o meno evidente la traccia dell'applicazione del cingolo: a seconda della forma di questo ora si tratta di un solco stretto e profondo, ora invece largo, appena accennato, specie se il nastro adoperato è elastico. La pelle in questa zona circolare può avere una colorazione iperemica per reazione alla ischemia prodotta se il laccio fu per poco mantenuto e da poco tolto; può avere una colorazione ecchimotica se la costrizione fu tale da provocare la rottura dei vasi capillari; può presentarsi come una macchia iperemica quando il laccio fu mantenuto per lungo tempo: può infine avere un colorito più pallido del normale quando la circolazione più che ostacolata fu soppressa, in tali casi si possono avere atrofia e ulcerazioni della cute in parte cicatrizzate.

La diagnosi dell'edema da stasi per costrizione è sempre possibile specie se i dati raccolti con l'esame clinico saranno confortati ed illuminati dai dati anamnestici, in special modo dal momento deterministico denunziato dal paziente, dall'elemento etiologico ed infine dal suo decorso e dai suoi esiti.

A quest'ultimo riguardo bisogna notare che la guarigione di tali auto-lesioni nelle forme recenti e non molto intense si ottiene in pochi giorni, e pure costantemente, sebbene in più lungo tempo, nelle forme più gravi ed anche quando la cute ha assunto l'aspetto dell'elefantiasi. E la cura è assai semplice: rimuovere l'ostacolo circolatorio e porre l'arto in posizione da favorire il circolo di ritorno. Occorre però vigilare attentamente i pazienti poichè l'edema cronico provocato, una volta determinato, può essere mantenuto con facilità e senza lasciare traccia alcuna per vari anni, come ad esempio mantenendo l'arto in posizione declive. *a. a.*

Sugli itteri da acido picrico.

Gli *itteri picrici* furono trattati da diversi collaboratori nel fascicolo 22. Alle ricerche da essi fatte o menzionate aggiungiamo altri metodi e qualche osservazione recente. Secondo Castaigne e Desmoulières (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 31 ottobre 1916), si caratterizza l'acido picrico nel siero di sangue, procedendo nel modo seguente: Si prelevano 15-20 cmc. di sangue (mediante puntura venosa, ventose scarificate, ecc.) che si mettono in una provetta, aggiungendovi la stessa quantità di soluzione acquosa di acido tricloroacetico al 25%. Si chiude il tubo con il pollice e si agita vigorosamente; si filtra attraverso un comune filtro a pieghe, ripassando le prime porzioni se non sono limpide. Se l'acido picrico è assente il liquido è incoloro; altrimenti presenta una tinta giallo-picrica più o meno netta; per debole che sia, una colorazione gialla deve far concludere per la presenza di acido picrico.

Per le prime prove si potrà operare su del sangue normale aggiungendovi una goccia di reattivo di Esbach: fino a che non si sia ottenuta una certa pratica è consigliabile far sempre la prova di confronto con del sangue normale, mettendo le provette sopra un fondo bianco (foglio di carta) e guardando dall'alto; nel caso di colorazione debolissima si potrà operare sul siero.

Secondo i detti AA. questo metodo, oltre che semplice è sicuro; essi di fatto nei casi di ittero, anche molto carico, dovuto a malattie epatiche o delle vie biliari, hanno riscontrato la reazione negativa, ed analogamente in molti esami fatti allo scopo di determinare l'urea nel sangue. Per converso, hanno trovato la reazione positiva, sia negli individui con acido picrico nell'urina, sia in individui normali a cui avevano fatto ingerire 20 cgr. di acido picrico.

In una esauriente rivista sintetica, P. L. Marie (*Annales de Médecine*, 1917, n. 1) riporta il metodo di Tixié e Bernard, fondato sulla colorazione verde assunta dal cloroformio, in contatto con una soluzione diluita di bleu di metilene, quando si trovi in presenza di una soluzione di acido picrico. Si raccolgono 15 goccie di sangue in soluzione di cloruro sodico a 0,95%. Dopo 24 ore si preleva una certa quantità del liquido che si mescola a parti eguali con una soluzione di bleu di metilene a 1/50 mila. Dopo agitazione e contatto per un'ora, si aggiungono 10 goccie di cloroformio. Quest'ultimo, dopo viva agitazione, diventa verde-bottiglia se l'acido picrico è abbondante, verde-chiaro se si trova in piccola quantità. La reazione è sensibile a 1/250,000 e persiste per parecchie settimane.

È stata sollevata da Grimbert la questione della possibilità che un assorbimento accidentale di acido picrico dia i citati fenomeni di ittero picrico; tale assorbimento potrebbe avvenire o per una eventuale sofisticazione della birra, o per una medicatura di estese ustioni, oppure per la polvere di acido picrico proveniente da proiettili. Ora Chavigny ha dimostrato che la sofisticazione della birra con l'acido picrico non è praticamente possibile; per l'assorbimento da ustioni, l'anamnesi potrà fornire dei dati probativi: quanto alla respirazione prolungata ed abbondante d'acido picrico le numerose osservazioni negli ambienti industriali hanno dimostrato l'insussistenza di qualsiasi forma di ittero, mentre le orine degli operai non contengono nè acido picrico nè picramico. Del resto per ottenere la reazione ben netta nelle urine è necessario ingerire delle dosi superiori ai 30 centigrammi. Nell'animale la curva di eliminazione è costante, iniziandosi dopo tre ore e continuando fino a 24-48 ore; nell'uomo è molto varia, prolungandosi talora per delle settimane.

Un caso letale di *avvelenamento picrico* è stato osservato da G. Forni (*Rivista Ospedaliera*, 16-31 dicembre 1916); altri ne erano già stati osservati da Kobert: si tratta però di casi rari.

La dose tossica sarebbe di g. 1,30-2: si è però vista la guarigione, anche dopo l'ingestione di 25 g. I sintomi sono quelli comuni ad altri avvelenamenti: vomiti, anuria o stranguria, crampi, vertigini, collasso. Nel caso dell'A. le alterazioni più profonde all'autopsia, si sono riscontrate nei reni che presentavano una nefrite interstiziale acuta emorragica, con focolai necrotici.

FIL.

VARIA.

Gli effetti immediati dell'emozione sul sistema nervoso.

I. Clunet ha comunicato alla Società di Neurologia di Parigi alcune sue osservazioni su gli effetti dell'emozione sul sistema nervoso nell'assenza di qualsiasi azione traumatica o commotiva. Il Clunet si trovava a bordo di un piroscafo francese, quando questo fu silurato in alto mare. L'A. distingue quattro periodi nei fatti osservati:

1° a bordo immediatamente dopo il siluramento, durante i 17 minuti che passarono tra l'esplosione del siluro e la scomparsa completa della nave (periodo di emozione pura);

2° immersione di 18 ore, di cui una notte intiera, aggrappati ad una zattera (periodo di emozione e di sofferenze fisiche: freddo);

3° a bordo della torpediniera di soccorso (periodo dei fenomeni pitiatici e di cura);

4° nella rada di Milo a bordo di diverse navi durante gli otto giorni che precedettero l'imbarco per il ritorno in patria (periodo del ritorno alla vita normale).

1. *Periodo d'emozione pura.* — L'A. si trovava verso le ore 15 a leggere nel salone quando si intese una debole esplosione (analoga a quella che produce un 77 a 300 m.), si avvertì un leggero scuotimento come se la nave passasse su di una roccia; le macchine si fermarono immediatamente. Le scale diventano ingombre di una folla muta ed ansiosa. L'A. sul ponte incontra un ufficiale di marina munito della cintura di salvataggio; è calmo, ma livido e dice: «siamo stati silurati, siamo perduti». Desidera allora ridiscendere nella sua cabina per prendere il denaro: impossibile; la folla dei soldati ha completamente bloccato le scale ed i corridoi; la notizia si è sparsa: «noi siamo silurati». L'affollamento comincia circa 3 minuti dopo il siluramento quando il piroscafo un po' inclinato a poppa sembra immobile e pare non debba inabissarsi. L'affollamento rimane silenzioso, niente grida, si sente solo il lamento di qualche individuo soffocato nella ressa delle scale. Alcuni uomini colpiti di stupore, immobili sul ponte o in preda a viva agitazione si abbandonano ad atti irragionevoli: alcuni si mettono nelle imbarcazioni sul ponte senza tentare di metterle in mare, altri tirano in aria dei colpi di revolver o di fucile. L'A. si avvicina ad un ufficiale di bordo che con lo sguardo attonito scaricava la sua pistola a mare e gli domanda se ha degli ordini; quegli parve uscire da un sogno e gli risponde: «Degli ordini, perchè? noi siamo perduti», «Ed allora perchè tirate dei colpi di pistola?» «È per domare il panico».

Dopo qualche minuto i colpi di fuoco hanno un altro significato: un ufficiale di fanteria si tira un colpo di revolver alla testa; questo esempio è subito seguito da molti altri e si ha una vera epidemia di suicidî. Molti si precipitano a mare dall'altezza di 20 m. Eppure in questa folla non si ebbe un solo fenomeno pitiatico, nè crisi, nè convulsioni, nè paralisi; quasi tutti rimangono in silenzio: ma non è mutismo; tutti rispondono molto bene ad una domanda diretta, precisa. Alcuni ufficiali, marinai e soldati di truppa conservano un sangue freddo perfetto.

Alle ore 15.15 la poppa comincia ad affondare e dopo due minuti ancora non si vedevano sull'acqua che degli oggetti rigettati dal mare, degli annegati e degli individui nuotanti.

2. *Periodo di emozione e di sofferenze fisiche: freddo.* — Arrivato pel primo sulla zattera l'A. fu ben presto seguito da altri nuotatori: tutti si sforzano a raccogliere il maggior numero possibile di compagni, benchè dopo qualche minuto sulla zattera della superficie di m. 3.50 × 1.50 ve ne fossero aggrappati 17. Fa molto freddo; l'acqua sembrava più calda; ma tutti sono coperti di panni bagnati e la macerazione della pelle diventa ben presto penosa. Parecchi si erano denudati per meglio nuotare e convenne quindi dividere gli abiti con essi.

Al principio si ebbe qualche manifestazione di malcontento e d'indisciplina: «Siamo perduti, è triste morire così». «Qui non v'hanno più galloni, ognuno cerca di salvare la propria pelle». Dopo un'ora però si riprende fiducia. Si cominciano a raccogliere degli oggetti galleggianti: patate, un pezzo di pane, una bottiglia di vino piena a mezzo. Si conservano questi alimenti in riserva per le seconde 24 ore. Si cambia il posto frequentemente per non immobilizzare le articolazioni; quelli che sono al centro della zattera che non hanno bisogno di tenersi aggrappati come gli altri, sfregano i loro vicini e li battono sul dorso. A mezzo della notte un soldato di Martinicca si dice perduto e comincia delle lamentazioni religiose, guarda il cielo e raccomanda la sua anima alla vergine ed ai santi e scoppia in pianto. I più vicini sembrano impressionati. L'A. gli ordina di pregare internamente, e poichè non obbedisce lo minaccia di gettarlo nell'acqua, così si tace.

Durante le 18 ore di zattera nessun fenomeno pitiatico, nessuno è morto.

3. *Periodo dei fenomeni pitiatici e della loro cura.* — Sulla nave che effettuò il salvataggio cominciarono a manifestarsi i fenomeni nevropatici e pitiatici: quadriplegia, paraplegia, mutismo, pianto spasmodico, lamenti, singhiozzo, abbaiamento, tremori di vario grado fino a movimenti spasmodici degli arti superiori, ma mai grandi crisi convulsive. Il trattamento terapeutico adottato dall'A. fu molto semplice: denudati completamente nella camera delle macchine i pazienti furono sottoposti ad un energico massaggio con alcool; dopo averli così riscaldati li fece battere fino a che i disturbi non scomparvero. L'A. pensa che il freddo ebbe una notevole influenza nel determinare le contratture.

4. *Periodo di ritorno alla vita normale.* — Condotti a Milo l'A. ebbe modo di osservare per parecchi giorni i suoi pazienti e non ebbe mai modo di constatare la comparsa di manifestazioni morbose a carico del sistema nervoso. È probabile che se al momento delle manifestazioni neuropatiche questi soggetti fossero stati coricati nel loro letto, curati e compatiti i risultati terapeutici sarebbero stati molto differenti. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

I. AMAR. *Organisation physiologique du travail.* Un vol. in-8° di 374 pagg. con 134 figure. P. Dunod e Pinat, éd., Parigi. Prezzo L. 18.

L'A. si inspira in quest'opera ai concetti di Taylor, il noto ingegnere americano, che, dallo studio analitico del lavoro industriale, ha potuto ottenere un aumento notevole di produzione ed una grande economia. Gli studî del Taylor però mancavano di una base fisiologica: il motore umano era stato dall'ingegnere analizzato nei suoi effetti immediati, ma non nel suo meccanismo intrinseco, e per questo occorreva l'opera del biologo che, con la conoscenza delle leggi fisiologiche, potesse regolare il lavoro in modo di ottenere il massimo rendimento evitando il sovraffaticamento dell'organismo.

Dopo un'introduzione con cenni di fisiologia e di anatomia per i non medici, l'A. studia i fenomeni con cui si rivela la fatica; in fondo sono sempre i metodi di Mosso, che servono allo scopo, con i miglioramenti che la scienza e la tecnica hanno consigliato.

Le modificazioni del polso, del respiro, del consumo d'ossigeno, ecc. vengono analizzate in rapporto alle contrazioni muscolari, sia isolate, sia nel complesso che costituisce un determinato lavoro. Interessante è sotto questo rapporto lo studio del lavoro alla lima; dai tracciati si vede chiaramente la differenza fra il lavoro disordinato, irregolare, faticoso del principiante e quello regolare, proficuo dell'operaio provetto in cui il polso ed il respiro sono ritmicamente omogenei.

Una larga applicazione di questo metodo fisiologico è fatta per il lavoro dei mutilati, per i quali il principio di utilizzare al massimo delle energie evitandone la dispersione, è ancor più necessario che nell'operaio normale.

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

La Direzione Generale di Sanità Militare.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica il decreto col quale viene istituita nel Ministero della guerra la Direzione generale della Sanità Militare, provvedendosi così ad una necessità da lungo tempo, da tutti e intensamente avvertita.

Prima della guerra la funzione sanitaria direttiva e consultiva era rimasta frazionata e non mai ben definita in più organi del Ministero e dell'Ispettorato di Sanità e da ciò l'iniziale profondo disservizio, che le esigenze crescenti della guerra hanno posto in netto e incontrovertibile rilievo.

Si cercò di ovviare a tale situazione con un Ufficio Centrale, che riuscì a realizzare rapidamente la sinergica e concorde azione delle varie autorità sanitarie ed ottenere il felice risultato di una rapida riorganizzazione di tutto il complesso servizio medico presso l'Esercito mobilitato prima, e successivamente nell'interno del Paese.

Ma non era certo da ritenersi che un Ufficio avesse assolto il suo còmpito quando avesse provveduto all'ordinario normale funzionamento degli Ospedali, al razionale impiego del personale, al rifornimento della zona di guerra, al pronto e integrale ricupero delle energie valide, agli efficaci collegamenti di tutto l'organismo sanitario, poichè l'attuale momento addensa sull'amministrazione militare una serie di gravi problemi che dal campo militare propriamente detto si estendono a quello civile impegnando tutta intera l'amministrazione dello Stato.

L'avere intuito esattamente la portata della questione sanitaria, l'essersela prospettata in tutta la sua ampia ed intensa molteplicità, è segno di lucida chiaroveggenza del Governo, che con la *Direzione generale di Sanità Militare* ha senza dubbio costituito in tempo un saldo e adeguato congegno che, mentre fronteggi le necessità gravi del momento, si proporzioni a quelle gravissime del dopo guerra.

Noi salutiamo con tutto il fervore dei migliori nostri voti la nuova Direzione generale che mentre da una parte significa garanzia, libera ed ampia esplicazione della funzione sanitaria, dall'altra costituisce un deciso e gran passo verso quella autonomia direttiva, che è tacita ma sempre più ardente aspirazione di tutta la classe medica.

Alla Direzione generale di Sanità Militare viene preposto un uomo di ormai indiscussa capacità organizzativa, di provata e matura esperienza, provvisto di un raro equilibrio e di finissima sagacia: il generale medico Della Valle, al quale giunga gradito il saluto e l'augurio del «Policlinico».

Errata Corrige.

Nel lavoro del prof. G. Egidi pubblicato sul fascicolo 34, alla pag. 1039, colonna 2ª, riga 6ª, si legge: «P'A : PC = P'O»; si deve invece leggere: «P'A : PC = P'O : PO».

ATTI PARLAMENTARI.

Sulla nuova visita ai riformati.
I medici richiamati.

L'on. Pietravalle ha interrogato il ministro della guerra:

a) sulla chiamata a nuova visita dei riformati per tubercolosi polmonare, esponendoli a nuovo e doloroso travaglio, ingombrando le caserme e gli ospedali e disseminandone i contagi, mentre lo Stato si accinge alla difficilissima lotta antitubercolare;

b) sulla chiamata a nuova visita dei riformati per alienazione mentale, epilessia ed altre inguaribili gravi nevrosi accertate da recenti e prolungate osservazioni negli ospedali militari e frenocomi, intralciando il còmpito della sanità militare che potrebbe essere tratta in funesti errori ove si prolungasse nuovamente il ricovero di tali sventurati;

c) sulla chiamata a nuova visita dei riformati per malattie o lesioni inguaribili accertate mediante le recenti ripetute visite di classi di leva;

d) sull'invio alla scuola di sanità militare di Firenze di tutti i medici riformati di qualsiasi classe chiamati a nuova visita, mentre potrebbe invece eseguirsi dalle speciali commissioni presso gli ospedali militari, evitando così il doloroso loro allontanamento per molti giorni dai servizi sanitari fra la popolazione e negli ospedali civili, e risparmiando il pubblico danaro occorrente per indennità di alloggio e di soggiorno a Firenze.

Cronaca del movimento professionale.

Sull'equo trattamento agli ufficiali medici.

Ci pervengono molte lettere intorno alla discussione che si è svolta nelle nostre colonne tra i dottori Mendes e *Pangloss*.

Molti colleghi si limitano a parafrasare o ad illustrare questioni di dettaglio; pochi prospettano lati nuovi del problema.

La penuria dello spazio non ci consente di far posto a tutti i loro scritti; ma prossimamente raccoglieremo, con assoluta obbiettività, in un articolo riassuntivo, i nuovi elementi da essi addotti, nella lusinga che possano concorrere ad affrettare l'invocata *equità* di trattamento.

Per le elezioni suppletive nei Consigli degli Ordini Sanitari. — Con recente spiegazione il Ministero avverte che l'articolo primo del Decreto Luogotenenziale 9 dicembre 1915 che inibiva le elezioni fino al dopo guerra, non esclude la possibilità che dette elezioni vengano attuate se reclamate da necessità di regolare funzione.

La Cooperativa dei Sanitari di Napoli. — Si è costituita a Napoli la Società Anonima Cooperativa *Unione Sanitaria* comprendente tutta la classe sa-

nitaria napoletana, cioè medici, veterinari, farmacisti, dentisti e levatrici. Sono state già sottoscritte numerosissime azioni, ed è stato redatto ed approvato lo statuto indicante gli scopi della Società, che si propone di ovviare, nei limiti del possibile, al disagio economico consecutivo allo stato di guerra.

Per l'indennità caro-viveri ai sanitari condotti. — L'on. Brunelli ha denunziato al Ministro dell'Interno che qualche Comune nega ai suoi sanitari condotti l'applicazione del D. L. 29 luglio 1917, n. 1181, sull'indennità caro-viveri, perchè non riconosce ad essi la qualità d'impiegati comunali. Il capo gabinetto Corradini gli ha risposto che il Ministero aveva richiamato sul fatto l'attenzione dei Prefetti, facendo loro osservare che non è dubbio che i medici condotti siano veri e propri impiegati in pianta stabile e che pertanto spetti loro la predetta indennità.

Dimissioni. — Il dott. A. Dalprato, in seguito ad un Ordine del giorno votato dal Consiglio della Federazione degli Ordini Medici, si è dimesso dal posto di Segretario federale, scrivendo una bella lettera al presidente prof. Silvagni.

Questi ha tuttavia ottenuto con dolci e doverose insistenze che l'egregio collega rimanga in carica, almeno per ora, continuando alla Federazione la sua opera intelligente.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6964). *Ostetricia. - Contravvenzioni.* — Dott. A. M. da S. G. M. — Effettivamente la levatrice, di cui nel quesito, avrebbe dovuto fare in tempo registrare il proprio diploma nell'ufficio comunale. Circa la seconda parte ci sembra dubbio che possa agirsi legalmente mancando la prova certa ed indiscussa che essa eserciti professione, cui non è abilitata dal relativo diploma. Si tratta di semplice presunzione ma non di certezza, mentre questa ultima, suffrafata da prove tangibili, occorre per formulare regolare denunzia alla autorità giudiziaria. Per la mancata registrazione del diploma basterà riferirne al Comando della locale stazione dell'arma dei RR. CC.

(6965) *Ordine dei medici. - Pagamento di contributi.* — Dott. E. R. da Z. di G. — Anche durante il servizio militare si è tenuti a corrispondere il contributo annuale all'Ordine dei medici, cui il sanitario trovasi inscritto.

(6966) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. E. G. da S. P. d'O. — La disposizione contenuta nello articolo 1° del D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420, si applica solamente ai medici titolari delle condotte comunali, perchè essi, oltre ad avere col Comune un rapporto di impiego permanente e duraturo, sono, più o meno, spostati nei proprii interessi professionali con la chiamata sotto le armi. Il medico interino, che sa la sua nomina precaria, non riceve alcun spostamento dalla chiamata nè può pretendere dalla amministrazione comunale, verso la quale non ha mai assunti impegni permanenti, alcun favorevole trattamento economico, che fu già praticato, a suo tempo, a riguardo del titolare. Ciò a prescindere dalle altre considerazioni legali svolte nella risposta inserita a pag. 1030 del fascicolo 33 della Sezione pratica.

(6968) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. B. da A. — L'articolo 1° del D. L. del 26 luglio p. p., n. 1181, esclude dalla indennità caro-viveri gli impiegati che percepiscono uno stipendio superiore alle lire 4500 annue. E poichè Ella fra l'assegno ordinario e quello straordinario percepisce un complessivo annuo stipendio di lire 4740 non ha diritto ad alcuna indennità. Agli effetti della concessione di tale indennità non si fa distinzione fra stipendio ordinario e stipendio straordinario.

(6969) *Pensioni.* — Dott. T. T. da S. — Non si ha diritto a pensione se non quando si sieno compiuti 24 anni, sei mesi ed un giorno di servizio. Andando in pensione prima che tale periodo di servizio sia compiuto, si ha diritto ad una indennità, sempre che la cessazione dell'esercizio attivo sia determinato da ragioni di salute. A colui che dopo di essere uscito dalla condotta vi rientra con interruzione di carriera, vien collegato, agli effetti della pensione, il servizio anteriore a quello posteriormente prestato. Ella, quindi, può momentaneamente abbandonare l'attuale condotta per riprendere, a suo tempo, nuovamente servizio e compiere i sei mesi, che tuttora mancano per raggiungere il diritto alla pensione normale.

(6970) *Pensioni.* — Dott. M. A. da B. — Da quanto Ella ha esposto nel quesito rilevasi che i soli anni da ritenersi utili per la pensione sono quelli passati alla dipendenza del Ministero dell'interno dal novembre 1901 al luglio 1914 cioè 13 circa. Tutti gli altri servizii non sono pienamente valutabili o perchè prestati nella qualità di interino o perchè prestati senza stipendio o senza corrisponsione di contributo da parte del sanitario. Poichè, del resto, gli anni di interinato sono valutati al solo fine del raggiungimento più sollecito del diritto a pensione, Ella può contare su 15 anni di servizio attualmente compiuti, ma liquiderebbe sempre su tredici effettivi, prestati al penitenziario.

Come vede, non ha ancora raggiunti i termini per il collocamento a riposo nè per alcuna liquidazione di pensione.

(6971) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. G. A. da Z. di G. — Ai medici condotti ed agli altri impiegati comunali con D. L. del 31 agosto 1915, n. 1420, e con successivo D. L. del 15 aprile ultimo, n. 727, furono estese, in quanto al trattamento economico per la chiamata sotto le armi, le disposizioni contenute negli articoli 1 e 3 del D. L. 11 luglio 1915, n. 1064, secondo cui a coloro che non hanno il grado di ufficiale è continuata la percezione integrale del proprio stipendio di impiegati civili. Con la nomina ad ufficiale si ha poi diritto alla percezione di due mesi di stipendio ed alla differenza a carico del Comune fra lo stipendio civile e quello militare in corrispondenza del grado che riveste.

Essendo tali decreti posteriori alla di Lei chiamata sotto le armi, ha diritto di chiederne l'applicazione in suo favore e di ottenere, quindi, il pagamento dello intero stipendio civile durante il tempo che ha trascorso nel R. Esercito in qualità di semplice soldato.

(6972) *Servizio medico militare nei Comuni sprovvisti di sanitario.* — Dott. P. A. da P. — Il medico militare, che presta servizio civile in Comuni sprovvisti di medico civile non può chiedere speciale compenso pel caso che per la assenza od impedimento di un collega sia temporaneamente obbligato a maggiore prestazione. Se Egli non possa a tutto adeguatamente provvedere ha diritto rivolgere le proprie doglianze ai Corpi da cui è amministrato, e, cioè, al proprio corpo o reparto, se mantiene ancora il servizio militare, od al Distretto Militare se ha definitivamente lasciato il servizio presso l'Esercito.

(6973) *Indennità caro-viveri.* — Dott. V. S. da S. — Il D. L. del 26 luglio p. p., n. 1181, con cui si concede la indennità caro-viveri agli impiegati comunali si applica anche ai medici condotti interini, che per ragione di stipendio si trovino in condizione di riceverla.

(6974) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. G. C. da R. — Non è possibile dire *a priori* se possa o meno essere accolta la predetta domanda di esonero dovendosi tener conto di molteplici circostanze locali, come entità della popolazione, condizioni sanitarie locali, estensione territoriale della condotta, densità della popolazione ed altre molte che non possono essere convenientemente valutate se non da chi sta sul posto. Concorrendo tali circostanze favorevoli, potrebbe, a nostro avviso, essere esonerato.

(6975). *Indennità caro-viveri. - Sessennî.* — Dott. abbonato 625. — Rispondendo al quesito da Lei proposto confermiamo che Ella come medico della Congregazione di Carità, che non ha servizio di condotta, non ha diritto nè al sessennio nè all'aumento di stipendio per caro-viveri già stabilito pei medici comunali. Alla indennità caro-viveri potrebbe aspirare se la Pia Amministrazione facesse oggetto di speciale deliberazione da approvarsi dalla autorità competente, non potendo al personale delle Opere Pie essere applicata la favorevole disposizione contenuta nel D. L. del 26 luglio ultimo, n. 1181, giacchè in esso tal personale non è menzionato. Al sessennio potrebbe aspirare sol quando il regolamento speciale dell'Opera Pia tassativamente ammettesse un tale diritto. Ripetiamo che le disposizioni relative allo stipendio ed alla carriera dei medici condotti si applicano ai medici delle Opere Pie sol quando questi fanno servizio di condotta in luogo e vece del Comune.

(6976). *Indennità caro-viveri.* — Dott. T. D. G. 779. — I quesiti da Lei proposti sono tutti risoluti dal D. L. del 26 luglio, n. 1181, che rende obbligatoria per le Provincie ed i Comuni la corresponsione di una speciale indennità caro-viveri ai propri dipendenti. In detto Decreto è, infatti, detto che l'indennità non è stabilita dal Comune ma è obbligatoriamente fissata in lire 30 mensili per gli impiegati che godono lo stipendio di lire 1500 e di lire 24 mensili per coloro che hanno stipendio non superiore a lire 4500 ed è pur detto che se l'impiegato presta servizio in diversi enti pubblici locali viene ad esso corrisposta un'unica indennità da ripartirsi a carico di ciascuno degli enti obbligati proporzionalmente allo stipendio da ciascuno di essi corrisposto. Lo stesso dicasi per colui che cumula più di una carica nel medesimo Comune. La pluralità degli uffici retribuiti può unicamente valere, se del caso, per ottenere il passaggio dalla indennità di lire 24 a quella di lire 30.

(6977). *Esonero dal servizio militare come medico condotto.* — Dott. A. Z. 4674. — Date le condizioni di fatto da Lei esposte, crederemmo possibile che Le fosse concesso l'esonero dal servizio militare come medico condotto, tanto più che appartiene a classe anziana non più obbligata per legge al servizio militare. Con i medici anziani devesi provvedere alla assistenza sanitaria civile e perciò non riteniamo improbabile che Ella, che si trova in tale condizione, resti sul posto per compiere soddisfacentemente il servizio, che il Collega, per grave e cronica infermità, non può assolutamente disimpegnare da solo. Appena che avrà subita la visita e sarà dichiarato idoneo, il Comune presso cui presta servizio deve a mezzo del sindaco inoltrare analoga documentata istanza al Prefetto della Provincia quale Presidente della Commissione provinciale per tali dispense. In detta domanda saranno esposti i motivi pei quali si ritiene la di Lei opera indispensabile ed insostituibile nell'interesse della assistenza sanitaria civile. Se la domanda sarà accolta, a cura della Prefettura, saranno fatte le debite partecipazioni alle autorità militari, cui dovrebbe presentarsi per intraprendere servizio.

Doctor JUSTITIA.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Presidente della Repubblica francese, in occasione della sua visita all'Ospedale stomatologico, dove era ricoverato l'aviatore Baracchini, ha conferito, *motu proprio*, la croce di cavaliere della Legion d'Onore al dott. Amedeo Perna, libero docente di stomatologia, tenente colonnello medico, direttore dell'Ospedale.

ALBO D'ORO.

UFFICIALI MEDICI AVIATORI DECORATI.

Vogliamo registrare a parte, a titolo di più alto onore, le motivazioni che accompagnano le medaglie d'argento al valor militare, assegnate rispettivamente al maggiore medico dottor Luigi Falchi e al capitano medico dottor Ferruccio Rossi, distintisi entrambi in ripetute azioni aeree, al pari di sperimentati aviatori delle armi combattenti.

È motivo di speciale compiacimento per noi questa segnalazione, perchè viene ancora una volta dimostrato che nel nostro corpo sanitario militare, accanto alle doti di intuito clinico, di coltura, di filantropia e di elevato spirito di sacrificio, brillano quelle virtù di indomito coraggio che mille volte conducono i nostri medici a raccogliere e curare i feriti oltre le prime linee, in zone battute dal fuoco nemico; che tanto spesso li trattengono ultimi ai posti di medicazione, nei ripiegamenti, e che ora ne spingono taluni a sorvolare vittoriosi le vie del cielo, non già per recare — in contrasto con la loro sacra missione — distruzione e morte, alle popolazioni nemiche, ma per difendere il patrio suolo dalle incursioni di un feroce avversario e per colpire implacabilmente le tristi officine ove prepara ed affila le sue insidiose armi. Ai nostri eroici colleghi, che diedero ali al caduceo e alle ali lauro, vada il nostro commosso, beneaugurante saluto. Ed ecco le motivazioni:

Falchi dott. Luigi, da Montopoli di Valdarno (Firenze), capitano medico battaglione squadriglie aviatori. Pilota d'aeroplano, compì fin dall'inizio della guerra numerose ed efficaci ricognzioni e bombardamenti, sfidando a basse quote il violento fuoco dell'artiglieria avversaria. Altre importanti incursioni sul nemico eseguì in squadriglie da bombardamento, offrendo mirabile esempio di perseveranza nel compimento del proprio dovere, sia nell'azione offensiva sul silurificio di Fiume (1° agosto 1916) che portò efficacemente a termine, nonostante l'irregolare funzionamento del motore, sia durante il bombardamento sui nodi ferroviari di Proveina e Dottogliano (9 agosto 1916), che riuscì ad effettuare con ottimi risultati, benchè, appena passate le linee, l'apparecchio fosse colpito in parte di vitale importanza. Sprezzante del pericolo, dimostrò sempre tanta maggiore audacia e serenità d'animo, quanto più frequenti e difficili diventarono gli ostacoli da superare. Carsia Giulia, maggio-luglio 1915; luglio-novembre 1916.

Rossi dottor Ferruccio, da Roma, capitano medico battaglione squadriglie aviatori. Pilota d'aeroplano da bombardamento, comandante di squadriglia, dimostrò sempre saldo coraggio, sprezzo del pericolo, profondo sentimento del dovere. In numerose incursioni, sfidando e vincendo ogni difficoltà, raggiunse sempre lo scopo assegnatogli, benchè bersagliato dal violento preciso fuoco delle artiglierie. Il 20 giugno 1916, sul campo di aviazione di Pergine, sosteneva e ricacciava ripetuti attacchi di Fokker biplani ed ultimava con bella perseveranza la missione affidatagli. Il 1° agosto 1916, superando avverse condizioni atmosferiche, percorreva 150 chilometri su territorio nemico e cooperava validamente al bombardamento del silurificio di Fiume. Trentino, Carsia Giulia, maggio-settembre 1915; aprile-novembre 1916. (Da *La Riforma Medica*).

CONDOTTE E CONCORSI.

Concorsi a premio proclamati nell'adunanza solenne del 27 maggio 1917.

PREMIO DI FONDAZIONE BALBI-VALIER *per il progresso delle scienze mediche e chirurgiche.* — «Sarà conferito un premio d'italiane lire 6000 all'italiano *che avrà fatto progredire nel biennio 1916-1917 le scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio*».

Il premio è fuori concorso. Scadenza a tutto il 31 dicembre 1917.

Avvertenza. — Sebbene il premio sia fuori concorso è sempre ammessa la presentazione di lavori su cui richiamare l'attenzione della Commissione giudicatrice.

PREMIO DI FONDAZIONE ANGELO MINICH. — *Concorso pel triennio 1916-1918.* — «Correlazioni funzionali delle glandule a secrezione interna. Contributi sperimentali, clinici ed anatomo-patologici».

Il concorso resta aperto a tutto il 31 dicembre 1918. Il premio è di **lire 5000.**

PREMIO ANGELO MINICH. — *Concorso pel triennio 1917-1919 proposto nell'adunanza del 25 marzo 1917.* — «È aperto un concorso, *riservato ai soli cittadini italiani,* per i migliori apparecchi artificiali originali, od anche, se già conosciuti o in uso, notevolmente modificati o perfezionati, atti a rendere meno gravi le condizioni dei mutilati».

Il concorso rimane aperto a tutto il 31 dicembre 1919. Al premio di lire *cinquemila* assegnato dal R. Istituto, sono aggiunte altre lire *cinquemila*, per generosa oblazione del benemerito cittadino americano R. L. Cottenet. Il premio quindi risulta di lire 10,000.

NOTIZIE DIVERSE

La propaganda dei medici nelle campagne.

L'Unione dei medici per la propaganda nazionale — un'organizzazione sorta per reazione all'inattività patriottica dei dirigenti il Consiglio dell'Ordine di Milano, coll'adesione di oltre 400 medici milanesi — ha iniziato la sua azione, preoccupandosi nobilmente di organizzare nelle campagne una assidua propaganda di comprensione delle ragioni della nostra guerra e della necessità di non ristare dalla lotta fino alla vittoria degli Alleati. All'uopo l'Unione — della quale è presidente il senatore Mangiagalli, è vice-presidente il prof. Vigevani, sono consiglieri i dottori: comm. Bertarelli, Zamorani, Fraccari, cav. uff. Banfi, Binda, Villa, Mortari, è segretaria la dottoressa Oriola e tesoriere il dott. cavaliere Tommaso Pini — si è rivolta ai medici dei Comuni rurali con una circolare nella quale dà consigli ed istruzioni per detta propaganda.

Certamente i medici rurali sono fra i più indicati per svolgere con efficacia un compito di propaganda patriottica.

Missione della Croce Rossa Americana.

È venuta in Italia una Missione della Croce Rossa Americana, allo scopo di studiare l'organizzazione della nostra Croce Rossa e di visitarne gli ospedali territoriali, i treni e quanto riguarda gli impianti tecnici.

È composta del colonnello Zean Baker, presidente, dei dottori Victor Heider e Thomas Hautington e dei signori John Morrow e Nicolas Brady.

All'arrivo in Roma erano a ricevere la missione il senat. conte Della Somaglia, presidente della C. R. I., che pronunziò un efficace discorso, il prefetto Aphel ed altre spiccate personalità.

Ispezione dei servizi sanitari al fronte.

L'on. Bonicelli, sottosegretario di Stato agli Interni, ha recentemente ispezionato i servizi sanitari al fronte.

Ha visitato tra l'altro la stazione di ricupero di Torre Zuino, i campi dei prigionieri di guerra di Bagnaria, Arsa, Manzano e Cividale, gli ospedali di isolamento di Villa Vicentina, Albana e varie stazioni di bonifica. Ha visto inoltre gli apprestamenti sanitari di Gorizia, dell'altipiano carsico e di Monfalcone, come pure le sistemazioni dell'alto Isonzo. L'on. Bonicelli si mostrò molto soddisfatto delle constatazioni compiute.

Per la disciplina dei consumi.

La Commissione centrale di propaganda per la disciplina e l'economia dei consumi, costituita in seno alla Federazione nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica, si è adunata per fissare le direttive e i mezzi di una efficace propaganda. Dopo ampia discussione, fu votato un O. d. g. che sollecita ad intensificare l'azione di propaganda spiegata dai sanitari, a svolgerla nelle sue varie forme presso le famiglie, in occasione di opere di soccorso, costituendo, ove occorra, Comitati locali.

Successivamente alla riunione, l'on. Brunelli ha rassegnato al presidente prof. Gualdi le sue dimissioni, motivandole con la presenza nel comitato del prof. Silvagni, cui l'on. Brunelli ascrive una parte predominante e direttiva nella campagna promossa contro di lui in seno alla classe medica, per cagione delle sue idee politiche.

La Commissione ha diretto ai sanitari italiani una circolare che richiama l'O. d. g. votato e li induce a perseverare nella propaganda e ad intensificarla.

La circolare dice:

« Vicini al momento decisivo, dobbiamo raccogliere tutte le forze, concentrare tutti gli sforzi ad un fine solo: resistere, rafforzare la resistenza di chi per debolezza o per sofferenze vacilla o per spirito di insofferenza viola il dovere della disciplina più rigorosa.

« A noi incombe un'alta missione: la compiremo intera, senza valutarne i sacrifici, con lo stesso spirito che anima i colleghi nostri saldi e tranquilli al fronte.

« Recenti manifestazioni dicono di quanta fede, di quale entusiasmo purissimo sia animata la classe sanitaria.

« La fede e l'entusiasmo si concretino in opere.

« Questo la Patria chiede nell'ora suprema e più difficile; questo il dovere impone.

« La Federazione seconderà anche con rimborso di spese vive, l'opera di propaganda.

« All'azione, dunque, siano volte tutte le nostre cure, siano destinate le nostre forze.

« Di ogni manifestazione e di ogni opera è utile sia data notizia alla Federazione, per le opportune segnalazioni ».

La Commissione è così costituita: prof. T. Gualdi, dott. V. Rainaldi, Dott. G. Palomba, prof. A. Sclavo, prof. L. Silvagni, dott. G. Assauto, professor E. Morelli, avv. G. Selvaggi, dott. V. Fraschetti, dott.ssa T. Sandeschy.

Istituto Nazionale di Malariologia.

Si annunzia prossima la creazione di un Istituto Nazionale di Malariologia, alle dipendenze del Ministero di Agricoltura.

Esso avrà il còmpito d'indagare i rapporti tra malaria e agricoltura con riferimento ad una più intensa produzione agraria delle terre malariche; di completare gli studi e gli esperimenti su tutte le cause dirette e indirette della situazione insalubre delle zone malariche; di organizzare e dirigere la lotta contro queste cause ed in particolare contro l'anofelismo.

Grande erigendo ospedale a Milano.

Il Consiglio degli Istituti Ospitalieri di Milano ha definitivamente deliberato l'acquisto del terreno per la costruzione dell'ideato Grande Ospedale, che dovrà essere capace di mille e cinquecento letti, e di cui furono fin dal 1914 iniziati gli studi.

La vasta zona su cui sorgerà l'atteso Istituto è estesa poco meno di 340.000 mq., è a sud-est di Niguarda.

Il Comune di Milano, oltre a contribuire alla rilevante spesa d'acquisto dell'area con mezzo milione circa, si è impegnato per varie opere: quali l'allacciamento dei terreni, coll'impianto e l'esercizio di una linea tramviaria dal centro della città (m. 5000 circa) e coi cimiteri pel trasporto delle salme; l'allacciamento dei terreni stessi colla fognatura cittadina, e l'impianto della conduttura dell'acqua potabile e dell'energia elettrica; la costruzione e la manutenzione della strada perimetrale, alberata, a sud dei terreni e congiungente la strada provinciale alla nuova strada Comasinella; infine altre opere di adattamenti ed allargamenti stradali quando, a giudizio del Consiglio Ospitaliero, lo sviluppo delle costruzioni nuove lo esigeranno.

Ordinanza di Sanità marittima.

Un decreto del Ministero dell'Interno sottopone le provenienze da Suez alle disposizioni contro la peste contenute nell'ordinanza di sanità marittima n. 10 del 1° settembre 1917.

Disciplina del baliatico mercenario.

Il sindaco di Roma ha emanato un'ordinanza che disciplina il baliatico mercenario: istituisce la concessione di licenze alle agenzie di collocamento; ai ricoveri per nutrici ed alle mediatrici, prescrive le visite sanitarie alle nutrici e stabilisce la registrazione delle nutrici disponibili: il registro è a disposizione del pubblico.

Conferenza sulle autolesioni in guerra.

Fu tenuta a Mestre dal ten. col. medico prof. Cesare Biondi della R. Università di Siena, delicato argomento che è di grande attualità.

La conferenza fu accompagnata da proiezioni e da dimostrazione di casi clinici e di preparati microscopici.

Il generale medico Bonomo illustrò poi tutta l'importanza di simili studi e la delicata missione disciplinare del medico militare.

Condanna mite.

CENSURA

Un' assoluzione.

Il prof. Frattini, direttore dell'Ospedale di Pesaro, è stato assolto dall'imputazione di omicidio colposo, per la morte di una ricoverata, essendosi assodato che la morte stessa fu cagionata dalla somministrazione, avvenuta per errore, di acido ossalico, invece di altro farmaco prescritto, da parte di un'infermiera e di una suora, che sono state condannate a detenzione e multa.

Avventura di un collega prigioniero.

I giornali riferivano, tempo addietro, che il tenente medico dott. V. Massari, addetto ad un reggimento di fanteria, ferito, fu fatto prigioniero col Comandante del battaglione, e venne condotto in cattivo stato entro una caverna, sede di Comando austriaco.

Per tema di un contrattacco nostro, gli austriaci fuggirono, applicando il fuoco al ricovero. Il valoroso collega attraversando le fiamme riuscì con stento a porsi in salvo, pieno di scottature, strisciando carponi sul terreno fino alle nostre linee.

Nuovi mezzi di protezione dei soldati.

In Inghilterra sono stati escogitati nuovi interessanti mezzi di protezione dei soldati. Tra i più recenti sono da segnalare una corazza sufficientemente leggera e non ingombrante, capace di preservare dalle pallette di shrapnels, che hanno forza di penetrazione assai minore dei proiettili di fucile, ed un protettore degli occhi, costituito da una maglia di acciaio applicata all'orlo dell'elmetto, che scende come un velo, ed è capace di riparare dai frammenti di pietre e dalle piccole schegge metalliche, causa frequentissima di cecità nei soldati. Il secondo mezzo è molto pratico e poco costoso.

La festa del fiore in Spagna.

In varie città della Spagna è stata fatta ufficialmente la festa del fiore, per raccogliere dei fondi da destinare alla lotta contro la tubercolosi. A Madrid la festa ha fruttato quest'anno 131,000 pesetas.

In memoria di Ferdinando Massei.

Un Comitato d'onore costituito da numerosi professori universitari ed un Comitato esecutivo hanno diramato una circolare, con annessa scheda di sottoscrizione, affinchè nella scuola, che Ferdinando Massei rese illustre per 35 anni, in occasione dell'anniversario della Sua morte, sorga un bronzo che eterni la memoria del campione della Laringologia italiana.

Indice alfabetico per materie.

Atti parlamentari . . . . *Pag.* 1143
Congiuntiva: affezioni provocate o simulate . . . . » 1138
Direzione generale di Sanità militare . » 1143
Edemi provocati . . . . » 1139
Emozione: effetti sul sistema nervoso . » 1141
Eruzioni cutanee provocate: diagnosi . *Pag.* 1121
Orecchio: simulazioni di malattie e autolesioni . . . . » 1127
Sciatica: piccoli segni elettrici . . . . » 1137
Servizio di guerra: accertamenti di idoneità . . . . » 1130

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, *resp.*

Anno XXIV. — *Roma, 16 settembre 1917* — Fasc. 38

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Apparecchi e strumenti nuovi: E. Morelli: La terapia del piotorace. — **Medicina sociale:** G. Mendes: Un centro sanatoriale militare nella Riviera Ligure. — Index: L'opera delle Ferrovie di Stato nella lotta contro la malaria — L. M. Bossi: A proposito di depopolazione e di aborto criminale. — **Lezioni:** B. Moynihan: Sul trattamento delle ferite di arma da fuoco. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Riunioni medico-militari di Ferrara e Rovigo.
Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Le albuminurie dell'inizio della tubercolosi polmonare. — L'origine tubercolare della psoriasi. — TERAPIA: I medicamenti antisifilitici. — IGIENE: Riduzione del numero delle iniezioni con vaccini antitifici rinforzati. — **Posta degli abbonati.** — **Varia:** La fisiologia e gli aviatori. — **Cenni bibliografici.**
Nella vita professionale: Sulla riforma delle consulenze d'armata. — Ufficiali medici esonerati. — Lega Sanitaria di Difesa Nazionale. — **Amministrazione sanitaria:** Istituzione di una direzione generale di sanità militare. — Per l'assicurazione operaia contro le malattie. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Albo d'oro.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE DA CAMPO 060 — ZONA DI GUERRA

La terapia del piotorace

per il dott. EUGENIO MORELLI, maggiore medico, aiuto alla Clinica Medica della R. Università di Pavia.

Trattando della cura delle ferite del polmone con esito in emotorace, ho asserito (*Riforma Medica,* n. 6-7) che doveva essere modificato l'odierno concetto curativo. Anzichè attuare il vano tentativo di immobilizzare il polmone fasciando il torace, anzichè mantenere l'emotorace quale mezzo comprimente del polmone, proponevo di evacuar il sangue il più presto e il più completamente possibile. Asserivo e dimostravo che il sangue oltre essere pessimo mezzo di compressione, favorisce lo sviluppo dei microrganismi nel caso di anche minimo inquinamento, e che anche nel caso di spontanea guarigione facilita la formazione di aderenze pleuriche talvolta così tenaci da coinvolgere il polmone, da renderne difficile la riespansione e la funzione respiratoria; in modo da potersi avere una vera amputazione funzionale del polmone.

Ma poichè l'estrazione dell'emotorace con un aspiratore del Potain è pericolosa in quanto

apporta una dilazione forzata del polmone con probabilità o possibilità di riapertura della ferita e conseguente novella emorragia o peumotorace, proponevo un istrumento con il quale è possibile sostituire il sangue con aria; cambiare l'emotorace in pneumotorace, attuare cioè la evacuazione del sangue pur restando il polmone compresso. Con dei rifornimenti periodici di aria, proponevo di mantenere il pneumotorace formato e aumentarne la tensione fino ad immobilizzare e comprimere il polmone come per la cura della tisi: dopo circa tre o quattro settimane si aveva la completa guarigione.

Curai con tal mezzo quaranta feriti con esito ottimo. Questi concetti ebbero già autorevole conferma. L'istrumento, indispensabile quando devesi evacuare con versamento senza modificare la pressione endopleurica (cioè nei casi di ferita del polmone oppure nel corso di cure della tisi con pneumotorace terapeutico) serve pure ottimamente per l'estrazione dei versamenti pleurici comuni, poichè la sostituzione di liquido con gas, secondo il concetto di Forlánini, è sempre il metodo di elezione per ovviare qualsiasi pericolo nella toracentesi.

Facile complicanza dell'emotorace è l'empiema. La sua insorgenza ben comprensibile nel caso che la ferita toracica resti lungo tempo beante, è più difficile a comprendersi quando la ferita rapidamente si chiuda. In tal caso solo rare volte l'empiema è dovuto a microrganismi trascinati dal proiettile nella cavità pleurica attraverso la parete toracica, ma quasi sempre a infezioni che in secondo tempo accadono per via polmonare.

Le pleure parietale e viscerale sono così intimamente a contatto che per un proiettile che passa velocemente, possono quasi considerarsi un tutto unico; è perciò difficile che un proiettile abbandoni microrganismi nell'intercapedine virtuale, oppure ne abbandonerà così esigua quantità che se essi non avranno una speciale virulenza potranno essere distrutti dall'endotelio. Vi è molto minor facilità di inquinamento di quella della formazione di un ascesso fra la cute e il tessuto cellulare sottocutaneo per un proiettile passante. Ben diverso è il caso della via polmonare. Ho dimostrato in altro lavoro che nelle ferite del polmone è quasi costante l'emotorace e che talvolta il gemizio di sangue può continuare per parecchi giorni. È il sangue che dal polmone con facilità trascina microrganismi nel cavo pleurico. Se la ferita è larga e il sangue attraversa dei bronchi, l'inquinamento può essere rapido; se invece esso esce a gemizio per lesione alveolare, l'inquinamento è quasi sempre in secondo tempo. È noto che l'alveolo è sterile, ma è altresì nozione ormai acquisita che sul percorso del proiettile si formano dei focolai di bronco-polmonite. Se il sangue che si versa nel cavo pleurico attraversa tali tessuti trascinerà certamente microrganismi nel cavo pleurico.

Dissi in altro lavoro che tale gemizio è favorito dal fatto che il cavo pleurico deve essere considerato come una grande ventosa applicata su una ferita sanguinante e in continuo movimento per la funzione respiratoria, e che il succiamento continua fin quando il sangue (o un pneumotorace spontaneo) distrugga la pressione negativa. Anche per questa ragione proponevo di evacuare l'emotorace e di attuare un pneumotorace artificiale: con questo elidevo il succiamento del cavo pleurico e immobilizzando e comprimendo il polmone frenavo la emorragia; levando il sangue non solo diminuivo il numero dei microrganismi inquinanti il cavo pleurico, ma ponevo i rimanenti a contatto dell'endotelio pleurico, cioè in condizione da essere più facilmente distrutti. Ma talvolta, pur così procedendo, l'empiema insorge, oppure giungono agli ospedaletti ammalati con empiema in atto. Come ci si deve comportare in queste condizioni?

Tale è il timore di una toracentesi in un recente ferito del polmone che spesso si lascia a lungo col liquido inquinato, finchè le condizioni del paziente impongono una pleurotomia o una toracotomia. Questo concetto è assolutamente da abbandonarsi: se rapida deve essere la evacuazione di un emotorace e per alcuno forse ancora discutibile, assolutamente si deve eliminare un liquido inquinato. L'attendere peggiora le condizioni generali del paziente e rende difficile la susseguente dilatazione del polmone. Troppi ammalati di empiema ho visto nei quali un intervento tardivo ha portato un effimero miglioramento seguito poi da lento ma continuo deperimento dell'individuo fino all'esito letale. In altri ho veduto il mantenersi di fistole toraciche. Credo che nel caso si trovi liquido inquinato nella pleura si debba subito attuare una evacuazione completa: anche una toracotomia precoce o una pleurotomia, piuttosto che attendere inutilmente. Nè si tema troppo il rinnovarsi dell'emorragia, poichè il pneumotorace spontaneo che si forma per ferita toracotomica e la possibilità di passaggio di aria attraverso la ferita, permetteranno un collabimento del polmone, quasi sempre superiore a quello che prima apportava il liquido. Ho già dimostrato che se il liquido non è abbondantissimo, non solo non schiaccia il polmone, ma neppure è sufficiente al collabimento completo. Eventual-

mente non si pratichi la toracotomia quando l'esame del liquido dimostra emorragia in atto, tale da far supporre che il semplice collabimento del polmone non sia sufficiente a frenarla, ma che necessiti per ciò una vera compressione.

E dopo avere asserito che piuttosto di lasciare nel cavo pleurico liquido inquinato, preferisco una toracotomia o una pleurotomia precoce, aggiungo che però prima di questo intervento operativo io preferisco tentare una toracentesi col metodo da me proposto o meglio ancora una lavatura della pleura col metodo che mi accingo a descrivere, che è la ragione di questa nota.

È concetto comune che l'empiema guarisca raramente con la semplice aspirazione del liquido inquinato, ed io pure sono di questo avviso, per il caso che l'evacuazione sia fatta coi metodi comuni. Non certo quando l'evacuazione è fatta col metodo di Forlanini o col metodo da me proposto, con la sostituzione insomma di una certa quantità di aria al liquido estratto. E la ragione è semplice. Il versamento può essere evacuato in quanto gli organi vicini possono prendere il suo posto, ed è appunto il polmone che di solito si ridilata e lo sostituisce. Ma nel caso che il polmone sia poco dilatabile come spesso negli empiemi accade (e specialmente nei pioemotoraci per le cotenne che si sono formate attorno al polmone) poco liquido potrà uscire, quella sola quantità consentita dalla depressione degli spazi intercostali e dallo spostamento del mediastino e del diaframma e perciò molto liquido inquinato rimarrà nel cavo pleurico. E anche ammettendo che il polmone sia perfettamente dilatabile, dopo una certa espansione si addosserà al tre quarti e il liquido non potrà più uscire.

Ben diverso è il caso di introduzione di aria nel cavo pleurico, poichè in tal caso il polmone rimane distanziato dalla pleura ed afflosciato mentre il liquido si raccoglie nella parte più bassa; e poichè caratteristica dell'idro o del piotorace è la grande mobilità del liquido che segue la legge di gravità, si potrà inclinando il paziente ed abbassando la punta del trequarti, andare a succiare il liquido dagli spazi complementari e dalle stesse sacche pleuriche, continuando l'estrazione fin quando più non si estrae liquido, ma solo si riassorbe l'aria immessa. Solo minima quantità di liquido inquinato rimane per tal modo nella pleura a contatto coll'endotelio, e la guarigione può essere perciò molto facilitata. E questo se si tratta dell'impiema comune, per il quale la dilatazione del polmone può non arrecare grave danno, poichè per il caso di rottura del polmone o spontanea o per ferita, il mantenere l'afflosciamento del polmone con gas è il solo mezzo che permetta l'evacuazione senza pericolo del liquido. Ma talvolta non è sufficiente; anche lo scarso liquido che umetta la pleura e che resta negli spazi complementari può ridare l'empiema. In questo caso io prima di fare una toracotomia tento la lavatura della pleura. Anche su questo molto si discusse, e prevalse l'idea della sua inutilità e del danno che il traumatismo può talvolta apportare. Ma anche qui debbo ripetere che la tecnica modificata obbliga a rivedere la quistione. Io ho avuto parecchi casi di soldati nei quali si stava per intervenire con toracotomie; una toracentesi con susseguente lavaggio fu sufficiente per la completa guarigione. Rammento un ufficiale che i professori Tansini ed Ascoli vollero, per squisita cortesia, affidare alle mie cure, colpito da una pleurite con versamento, susseguente a un ascesso del fegato. Dal liquido pleurico si isolò in coltura pura uno staffilococco, e cocchi si videro anche ad esame diretto del centrifugato. Una toracentesi fatta col metodo mia diede grande miglioramento, ma permise il rinnovarsi del liquido inquinato. Rinnovai una toracentesi con lavatura del cavo pleurico ed ebbi la guarigione dell'ufficiale, le cui condizioni precedenti erano gravi al punto da aver portato a prognosi infausta. Finora feci sistematiche lavature di soluzione fisiologica a solo scopo di evacuare al massimo il liquido inquinato; sarà da studiare sistematicamente se non convenga fare lavature con liquidi disinfettanti. È quanto mi propongo di fare, e quanto spero che altri vorranno studiare.

Con la tecnica che esporrò, essendo il liquido evacuabile quasi completamente, si può eliminare il timore che esso permanga nel cavo pleurico producendo avvelenamenti: naturalmente per liquidi non fortemente tossici.

Ma passo alla descrizione dell'istrumento per la lavatura, ben chiaro nella figura. Esso non è che una modificazione dell'apparecchio per toracentesi, già descritto nella *Riforma Medica.* È lo stesso istrumento nel quale al tubo porta tre quarti n. 5 è sostituito il rubinetto a tre vie n. 2. E infatti quando questo rubinetto è disposto come nella figura, cioè in modo che la via 8 comunichi con la via 5, si ha l'apparecchio stesso di toracentesi, con lo stesso funzionamento. E l'atto operativo iniziale è appunto lo svuotamento completo del liquido inquinato. Così descrivevo l'istrumento: « È composto di una bottiglia della capacità di circa un litro. Ad essa per mezzo di un tappo di gomma a doppio foro sono inseriti due tubi

di vetro: uno, semplicemente piegato ad angolo retto, si continua col tubo di gomma, armato del grosso ago da toracentesi; l'altro non è che una branca di un rubinetto a tre vie. La seconda branca laterale porta una siringa a tenuta assolutamente perfetta, della capacità di almeno 100 cc. La terza via inferiore, è munita di filtro. Come si vede dalla figura i due tubi di vetro si approfondano di poco nella bottiglia. Apparecchiato l'istrumento dopo aver fatto una puntura esplorativa, si introduce il grosso ago nel versamento, ed essendo aperta la via tra siringa e bottiglia si fa un primo assorbimento. Si produrrà una rarefazione nella bottiglia e il liquido verrà fluendo in essa ad occupare il posto dell'aria. Quando il flusso comincerà a diminuire basterà vuotare la siringa perchè l'aria in essa prima assorbita ripassi nella bottiglia e ritrovando il proprio posto occupato da liquido, per la stessa via sarà obbligata a entrare nella pleura. E distintamente la si sentirà gorgogliare nel liquido pleurico. Cessato il gorgoglio si farà una nuova aspirazione di liquido e poi una nuova insufflazione di aria: così procedendo quando tutta la bottiglia sarà ripiena di liquido, tutto il gas della bottiglia sarà entrato nel cavo pleurica. Ho detto che la siringa deve essere a tenuta perfetta e questo perchè se non lo fosse, nel periodo di aspirazione aspirerebbe non solo l'aria della bottiglia, ma anche aria dall'esterno e pur trascurando il fatto che quell'aria non sarebbe sicuramente sterile, ne deriverebbe turbato il perfetto ricambio fra aria e liquido; entrerebbe nel cavo pleurico una eccedenza di gas in confronto al liquido. Per il ricambio perfetto occorrerebbe che il gas della

bottiglia fosse circa a 38°. Per ottenere ciò è sufficiente che il liquido disinfettante che si lascia sul fondo della bottiglia per lo sbattimento dell'aria, sia tiepido. È necessario il gas sia riscaldato solo nel caso di un idro-pneumotorace già teso, quando si vuole ottenere un ricambio perfetto fra liquido e gas senza aumentare la tensione endopleurica, oppure se si tratta di voluminosi versamenti, di due o più litri, quando cioè il volume d'aria immessa nel cavo pleurico è grande, poichè in tal caso la sua dilatazione potrebbe dare ipertensione endopleurica. Se il versamento è scarso può essere superfluo il riscaldamento dell'aria, e tanto più se si tratta di rottura del polmone, poichè in questo caso si deve attuare compressione maggiore di quella esplicata dal liquido. Il rubinetto a tre vie serve appunto per

il caso che estratto poco liquido, si voglia immettere nel cavo pleurico, gas in quantità maggiore del liquido estratto. Girando il rubinetto in modo da aprire la via tra filtro e siringa si aspira in essa quella quantità di gas dall'esterno, che si vuole immettere per la solita via nella pleura. E serve pure nei casi in cui si vuole immettere gas in quantità minore del liquido estratto: basta dopo l'aspirazione mandare il gas dalla siringa verso l'esterno anzichè immetterlo nella bottiglia».

Il procedimento infatti sarà un po' diverso pel caso sia ferito il polmone dal caso di un empiema semplice, poichè nel primo caso deve essere sostituito al pneumotorace corrispondente volume di aria, nel caso di empiema semplice se ne potrà metter meno.

Attuata la toracentesi si deve procedere alla lavatura della pleura: e perciò appunto ho sostituito al semplice tubo ripiegato il rubinetto a tre vie n. 2. Una bottiglia B ripiena del liquido di lavaggio, e chiusa con un tappo di gomma a due fori nei quali passano due tubi di vetro, uno corto (7) unito a una doppia palla Richardson, e l'altro lungo (7) tanto da pescare al fondo della bottiglia che per mezzo di un tubo di gomma viene ad unirsi in 4 alla terza via del rubinetto. Il tappo di gomma può essere a tre fori e avere unito il termometro che darà la temperatura del liquido. Finita la toracentesi, mentre un assistente con la doppia palla spinge dell'aria nella bottiglia B per aumentarvi la pressione, l'operatore gira il rubinetto 2 in modo di aprire la via fra 6 ed 8 e chiudere la via con la bottiglia A e permettere al liquido di lavaggio di passare nella cavità pleurica. Quando sono fluiti 100 o più cc. di liquido, girando il rubinetto 2, come nella figura, si riapre la via fra la pleura e la bottiglia A e basterà una aspirazione della siringa perchè il liquido di lavaggio sia di nuovo obbligato a passare dalla pleura nella bottiglia A. Quando è uscito completamente — e questo si comprenderà dalla lettura del volume nelle due bottiglie oppure dal fatto che dal trequarti si inizia aspirazione di gas anzichè di liquido — si rigira il rubinetto 2 in modo da potere nuovamente immettere nel cavo pleurico parte del liquido di lavaggio e si ripete poi il riassorbimento. Naturalmente deve essere modificato il giuoco della siringa. Mentre nella toracentesi primitiva il liquido fluente dalla pleura si sostituiva con altrettanto gas, e perciò l'aria dalla siringa si spingeva nella bottiglia A, nel lavaggio invece, lasciando integro il pneumotorace formato, si attua il ricambio fra liquido e liquido, e perciò il gas anzichè essere immesso nella bottiglia A, deve essere dalla siringa mandato all'esterno per la via 3 per mezzo del rubinetto 1. Nella pleura si potrà per tal modo fare lavature anche di parecchi litri (cambiando la bottiglia A quando è ripiena) pur rimanendo il polmone compresso, e avendo nel cavo pleurico i soli squilibri di 100 o 150 cc. di liquido, in realtà minimi e poco sentiti, specialmente per il fatto che si ribattono non direttamente sul polmone ma sul gas che lo circonda.

Ho potuto fare lavaggi di tre litri di liquido senza che il paziente avesse un sol colpo di tosse.

Se si tratta di semplice empiema, questo è sufficiente, se si tratta di empiema con rottura del polmone si dovrà con dei rifornimenti mantenere poi compresso il polmone nel modo già descritto.

Talvolta non è sufficiente una sola lavatura della pleura; se la prima lavatura ha apportato evidentissimo miglioramento, se il versamento si è rifatto con caratteri di minore malignità, si può tentarne una seconda prima di procedere a una toracotomia; se tale miglioramento non è avvenuto, si procede senz'altro all'atto operativo.

A mio parere, è sempre bene attuare la toracentesi come io ho descritto anche per altro fatto. Un momento che può rappresentare un certo pericolo nella toracotomia è quello della rapida uscita del pus ed entrata dell'aria, che può portare squilibri di pressione endopleurica tali da danneggiare talvolta il paziente in modo irreparabile. Se il liquido è già stato vuotato e sostituito con aria, lo squilibrio sarà avvertito molto meno; talvolta è quasi inavvertito, e perciò, mi permetto dire, che anche nel caso di empiema grave al punto da non dare speranze di guarigione con la semplice lavatura, è sempre bene fare procedere alla toracotomia, la toracentesi con formazione di pneumotorace, servendo questa quasi come un primo tempo dell'atto operativo.

Non vorrei essere frainteso: non ho la pretesa di proporre un metodo che porti a guarigione costante l'empiema. Certo un empiema grave, specialmente se a pus cremoso, richiede pronta toracotomia, ma sono sicuro che alcune volte essa potrà essere risparmiata, e specialmente se si attuerà toracentesi e lavaggio precocemente, il che è consigliabile, data la facilità dell'atto che ho proposto. Ho detto che difficile è la guarigione nel caso di pus denso, e questo per due ragioni: anzitutto si formano delle pseudomembrane che non possono uscire attraverso il trequarti e rimanga-

no nella pleura, permanente focolaio di infezione e poi perchè accade il fatto strano che il pus denso difficilmente si mescola col liquido di lavaggio, e mi accadde talvolta che dopo aver lavato la pleura con parecchi litri d'acqua, quando questa usciva limpida, abbassando la punta del trequarti, ho potuto estrarre ancora del pus neppur modificato nella sua densità.

Io ho finora usato lavature con soluzione fisiologica, che avevano perciò il solo scopo di evacuare al massimo il liquido: in tre casi unii una soluzione di Clorosol Giannettasio ed ebbi buon risultato. Spero altri studiosi vorranno seguire la via proposta: per i feriti in guerra, il potere con delle lavature ottenere anche solo che la toracotomia si attui con alcuni giorni di ritardo, può essere grande vantaggio perchè permette intanto la cicatrizzazione del polmone, e può impedire la formazione di pseudomembrane che difficultano enormemente la guarigione.

Data la facilità dell'atto operativo mi pongo il problema se non convenga in ogni caso di emotorace in feriti al polmone fare seguire alla toracentesi una lavatura, prima di attendere il risultato dell'esame batteriologico. Se il Clorosol Giannettasio darà sempre gli ottimi risultati che in tre casi mi diede, se — come io spero — non darà mai irritazione pleurica, se si dimostrerà del tutto innocuo, sarà bene largamente usarlo anche per la pleura. In caso di emotorace sterile non apporterà danno alcuno, in caso di emotorace inquinato potrà dare utile grandissimo. Certo si procederà alla lavatura solo nel caso che la toracentesi siasi attuata facilmente, senza incidenti, nel caso che prolungare l'atto operativo di pochi minuti non sia di danno al paziente. Nè si confonda il valore di una lavatura della pleura in feriti al polmone con la lavatura in empiemi comuni: in questi sarà di valore minimo, in quelli massimo. Nella pratica comune il piotorace non è primitivo ma susseguente a lesione della pleura, in guerra invece abbiamo primitivamente un emotorace inquinato e solo secondariamente infezione della pleura. Perciò nel primo caso eliminare il pus non è che curare un sintomo, una complicanza, nel secondo caso invece levare il sangue inquinato può significare non permettere che i microrganismi si fissino sulla pleura sana. Per questo consiglio una lavatura precocissima: quando i microrganismi hanno già intaccato la pleura la lavatura perde quasi del tutto il suo valore e si rientra nel caso dei comuni empiemi nei quali solo l'apertura toracica ampia dà affidamento.

Aggiungo che nel caso che per empiema si fosse fatta una toracotomia troppo precoce e si ripristinasse un pericoloso gemizio sanguigno, basterebbe per farlo cessare richiudere temporaneamente il foro toracotomico coi palloncini di gomma da me descritti nel N. 30 del *Policlinico* e attuare un rifornimento di gas.

Il criterio che per gli emotoraci di guerra avevo seguito finora era questo: procedevo a una puntura esplorativa seguita da completa evacuazione del versamento, poi attuavo l'esame del liquido della puntura. Se si dimostrava sterile continuavo la cura col metodo descritto, attendendo con fiducia la guarigione; se si dimostrava inquinato, a meno che un rapido miglioramento non fosse insorto, procedevo alla toracotomia o alla pleurotomia. Ora, invece, spesso modificherò il procedimento nel senso di attuare primitivamente vuotamento e lavatura. Spero in tal modo di diminuire anche più il numero degli empiemi. Anche qui la lunga pratica insegnerà la giusta via: non si possono in clinica segnare vie assolute, ma si deve discutere il genere di intervento caso per caso. Certo, ad es., che se la puntura esplorativa o la sintomatologia clinica mi dimostrerà empiema grave, non perderò tempo prezioso in lavature ma procederò ad immediata toracotomia.

Voglio aggiungere che non basta per escludere l'empiema il fatto che in colture comuni non si sviluppano microrganismi. Spesse volte, molto più di quanto si pensi, l'empiema di guerra è mantenuto da germi anaerobi. Ed altra norma importante è quella che empiemi anche gravi — specialmente per alcuni germi anaerobici — possono decorrere in completa apiressia o con modico movimento febbrile. Spesso mi accadde di estrarre pus fetido in ammalati senza febbre, e nei quali la coltura aerobica aveva dato esito negativo. Casi questi spesso seguiti da morte rapida anche dopo toracotomia, morte inaspettata poichè l'individuo si dimostrava prima in condizioni per nulla allarmanti.

I concetti esposti si spingono sempre più all'intervento sistematico anche per i feriti del torace: toracentesi con contemporaneo pneumotorace, lavature della pleura, pleurotomie, toracotomie, drenaggi, ecc., sono i mezzi che possono apportare utile nei casi gravi. E il batteriologo ci indica la via.

Sta per i feriti al torace accadendo quanto accadde per i feriti all'addome: dall'assoluto non intervento si passò all'intervento sistematico. Certo per i feriti al polmone il pericolo dell'attesa non è grande come per i feriti dell'addome: la guarigione sarà per tanto più probabile e migliore quanto prima si interverrà. Purchè non si esageri nè in un senso nè nell'altro, prima di intervenire si studii perfettamente la tecnica!

BIBLIOGRAFIA.

E. MORELLI. *Terapia del pneumotorace spontaneo.* Gazzetta Medica Italiana, n. 29, 1911.
ID. *La cura delle ferite al polmone.* Folia Medica, n. 7, 1916.
ID. *Dell'idropneumotorace.* Estratto del Congresso della Tubercolosi, Roma, 1911.
BASTIANELLI. Congresso di chirurgia. Bologna, 1917.
SAVIOZZI. Ibid.
LONGO. *La terapia dell'emotorace,* ecc. Policlinico, 1° aprile, 1917.
MORELLI. *Intervento immediato per le ferite toraco-polmonari.* Policlinico N. 30, 1917.

MEDICINA SOCIALE.

Un centro sanatoriale militare nella Riviera Ligure.

In questi giorni ha iniziato il suo funzionamento, in uno dei punti più ameni della Riviera Ligure di Levante, il *Centro Sanitario* istituito dal Ministero della Guerra per i militari tubercolosi restituiti dall'Austria.

malati appena incipienti, ed è questa una ragione di più perchè si sia reso necessario, da parte nostra, di preparare degli allestimenti sanatoriali ben adatti a ricevere questi nostri fratelli ammalati e ad iniziare per essi, fin dal primo momento in cui mettono piede nella madre Patria, tutte le cure utili per sanarli e renderli di nuovo validi e vigorosi, giovandosi delle ridenti spiagge e del divino sole d'Italia per renderle più efficaci.

Il Centro Sanitario presso Nervi consta di un complesso di ampi edifici, nettamente separati l'un dall'altro. Per allestirlo si sono utilizzati infatti parecchi di quei grandiosi alberghi per cure climatiche, che nei tempi ordinari erano destinati ad alloggiare i malati ricchi. Ciascuna delle quattro sezioni, in cui il Centro Sanitario è suddiviso, è quindi costituita da un edificio a sè, che è separato nettamente dagli altri, anche per ciò che concerne i varî servizi.

Dal treno ospedale svizzero, con il quale tutti i prigionieri invalidi restituiti arrivano a Monza, questi speciali infermi vengono, dopo risto-

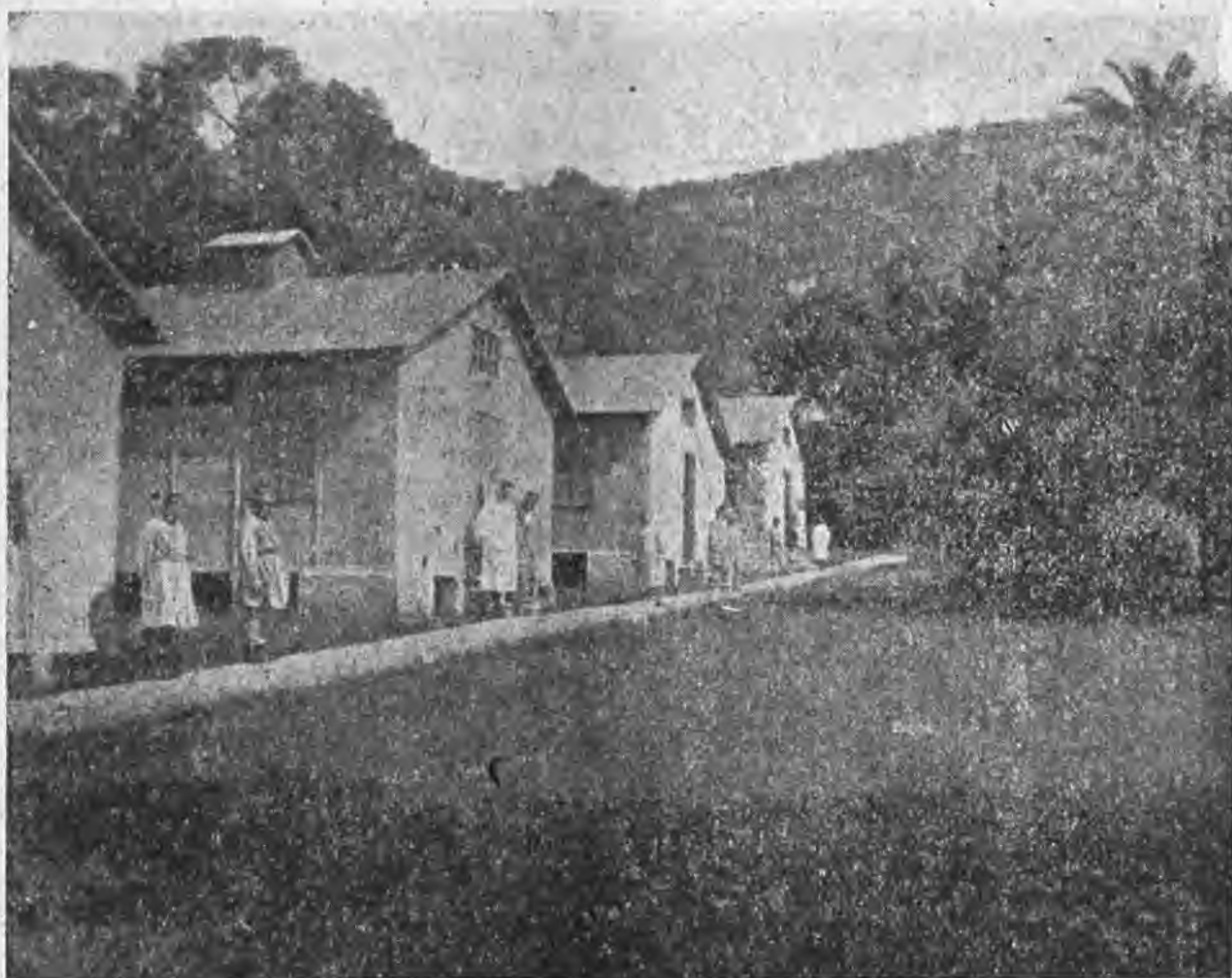



Fig. 1. — I baraccamenti in mezzo al prato.

È noto che la percentuale dei tubercolosi nel regno Austro-Ungarico è elevata e che le poche cautele igieniche, la fame e gli strapazzi, a cui vanno soggetti i nostri connazionali, colà prigionieri, li predispongono facilmente a contrarre i germi della malattia.

Non è quindi a meravigliarsi se, mentre la percentuale dei tubercolosi fra gli austriaci prigionieri in Italia, trattati come sono da noi, è piuttosto bassa, quella degl'italiani in Austria, sia invece notevolmente elevata.

Per la maggior parte fortunatamente non si tratta di forme avanzate, anzi molti sono dei

rati, trasbordati sopra un treno della Croce Rossa Italiana, che in poche ore li trasporta al Centro Sanatoriale.

Gl'infermi, al loro arrivo, vengono accolti in una delle sezioni che ha l'ufficio di sezione di osservazione e di smistamento.

Qui sono sottoposti ad un bagno di pulizia e rivestiti degli indumenti ospitalieri e si inizia per essi il periodo della osservazione, anche agli effetti contumaciali; durante questa, con un primo esame clinico, si definiscono frattanto più esattamente che sia possibile, le reali condizioni di ogni malato.

Quelli affetti da forme dubbie (non ne mancano mai tra i prigionieri restituiti) vengono così subito separati dagli altri ed inviati ad alloggiare in un gruppo di baracche Dökker, che sorgono in mezzo all'ampio parco, onde essere poi sottoposti all'accertamento.

Fig. 2. — Interno di un reparto.

Gli altri, a seconda della gravità del loro stato, sono suddivisi nei tre gruppi ospitalieri ed iniziano subito la cura e la vita del Sanatorio.

L'accertamento diagnostico si pratica in questo, come in tutti gli altri reparti di accertamento militari, facendo convergere le varie indagini allo scopo di render chiaro e documentare bene lo stato clinico del soggetto. Massimo assegnamento si fa quindi anche qui sulla ricerca radioscopica e radiografica, senza naturalmente trascurare le altre osservazioni cliniche e di laboratorio (esami batteriologici, ricerca degli antigeni e degli anticorpi, ecc.).

Si dà minore importanza alla ricerca della cutireazione, per la sua quasi costante presenza. Non si praticano iniezioni tubercoliniche a scopo diagnostico.

Nei tre reparti, separati completamente l'uno dall'altro, ove i malati a seconda dello stadio riconosciuto della loro malattia vengono ospedalizzati, vigono regole igieniche applicate con militare esattezza sotto la energica e competente direzione del maggiore medico prof. Ramoino.

All'ingresso dei malati gli abiti sono sottoposti a sterilizzazione e conservati poi in un sacco nel guardaroba.

Sono altresì lavate e sterilizzate le vesti e le biancherie ospitaliere assegnate a ciascuno.

Nei reparti, tutti molto ampi, ed aereati da balconi e verande, che si aprono sul parco, prospicienti al mare, ogni ammalato è educato all'osservanza delle norme igieniche comuni, persuadendolo come tale osservanza concorra a rendere più facile la guarigione.

Fig. 3. — Facciata esterna di un reparto.

Fin dall'ingresso ognuno è munito di una maschera di garza sostenuta da una trama metallica, nella quale è invitato a tossire, quando non ne possa fare a meno.

È altresì munito di una sputacchiera di carta paraffinata, il cui sostegno metallico assai semplice e pratico, viene fabbricato nell'ospedale in una piccola officina, dai soldati stessi; nella medesima officina si fabbricano anche le intelaiature di metallo per le maschere.

La lingeria dimessa dai malati pel cambio settimanale è raccolta in sacchi: quella che non ha macchie di sangue o di altro viene sterilizzata alla stufa, prima di essere data alla lavanderia; quella eventualmente macchiata, prima di passare in lavanderia, viene sottoposta ad un bagno antisettico, entro il sacco stesso che la contiene.

La lingeria dimessa ogni giorno viene conservata in ogni reparto in un sacco, e mantenuta umida con soluzione antisettica.

Ogni reparto provvede poi alla lavatura delle proprie stoviglie con liscivia sodica, e così pure alla raccolta ed alla incinerazione dei materiali di medicazione non recuperabili, dei ptialofori, delle spazzature, ecc.

Nel centro Sanatoriale presso Nervi gli ammalati sono trattenuti più o meno a seconda dello stadio della loro malattia.

I più gravi, che sono fortunatamente pochi, vengono, dopo qualche tempo di cure e di ristoro, trasferiti, con un treno militare attrezzato, in speciali ricoveri ospitalieri che, per cura del Ministero della Guerra, sono ora sorti per questi infermi in ogni territorio, onde essi abbiano, nella gravità delle loro condizioni, il conforto almeno della vicinanza delle rispettive famiglie, dalle quali dovettero per tanti mesi star lontani.

Per tutti gli altri, pei quali si può nutrire fondata speranza di guarigione, l'Amministrazione militare deroga dall'ordinario e prescritto precetto della pronta riforma, e li trattiene e li cura per il tempo necessario.

G. MENDES, maggiore medico.

L'opera delle Ferrovie di Stato nella lotta contro la malaria.

La lotta antimalarica, iniziatasi con tanto successo, favorita da provvide leggi, non ha dato finora i risultati, che era lecito sperare da essa. Mancanza forse di energia, di metodo, di costanza, forse anche di una visione chiara dell'importante problema, che coinvolge il benessero fisico ed economico dell'Italia. Il problema agricolo e quello malarico sono tanto intimamente connessi, da esigere un'unica soluzione: si può affermare che, in complesso, la malaria non potrà scomparire che quando alla coltura estensiva del latifondo, sarà sostituita quella intensiva, la quale d'altra parte non è possibile fino a che la Dea Febbre regni, incontrastata sovrana, sulle nostre terre. Alle desolate regioni da cui l'uomo s'allontana per rifugiarsi nei grossi borghi, occorre sostituire delle *convalli popolate di case* in cui l'uomo stia in più intimo contatto con la terra, che gli è feconda nutrice.

Dalle grandi bonifiche, lavoro di secoli, non è possibile attendersi miglioramenti immediati: è quindi agli altri sistemi di lotta che dobbiamo rivolgerci con la serena fiducia che ci danno i risultati ottenuti da quanti hanno in essi perseverato; è per mezzo di essi che la malaria potrà venire gradatamente eliminata.

Un luminoso esempio dei benefici effetti che si possono raggiungere, ce l'offrono le Ferrovie di Stato. L'importanza del problema per tale Amministrazione risulta evidente quando si pensi che oltre 5000 chilometri di linee ferroviarie si svolgono in zone malariche. Al contrario poi del contadino che si ritira generalmente sul far della sera nel paese, il personale ferroviario abita sempre in prossimità della linea e quindi in piena zona malarica. Vive, isolato dal mondo, nelle case cantoniere sperdute nelle campagne disabitate, in località talvolta tanto famigerate che prima della profilassi antimalarica, dovevano venire abbandonate, perchè il personale che vi si susseguiva era costantemente colto da perniciosa (p. e. sulla linea Barletta-Ofantino).

È ovvio che in tali condizioni, detto personale è esposto ad ammalare con estrema facilità di malaria, sicchè, già le passate grandi Società ferroviarie (Mediterranea, Sicula, Adriatica) si erano ansiosamente occupate di questa malattia, che togliendo dal lavoro tanti agenti, costituiva per esse una grande passività. Alle anzidette Società si debbono i primi grandi esperimenti rigorosi di profilassi antimalarica, fra cui ricordiamo quelli nella piana di Capaccio, sulle linee Roma-Sulmona, Roma-Orte, ecc.

E la costante applicazione dei sistemi di lotta sperimentati (profilassi meccanica e chimica) ha dato risultati che si possono a buon diritto chiamare meravigliosi.

Nel 1898 sulle linee malariche della Società Adriatica, l'87 % del personale era affetto da paludismo; sulle stesse linee, nel 1906, la percentuale era ridotta al 36! Subentrato lo Stato, la lotta è continuata con maggiore larghezza di mezzi, con unicità di criterî e con intensità adeguata allo scopo, sicchè nel 1914, sempre sulle stesse linee, i malarici erano appena l'8 %.

Nude cifre che, meglio di una forbita perorazione, dimostrano sia la bontà dei metodi seguiti, sia la valida opera che il personale sa-

nitario ferroviario esplica sotto la sagace guida dei capi; cifre tanto più eloquenti, in quanto che una parte notevole dei malarici è necessariamente costituita da quelli cronici e può quindi venire ridotta solo lentamente con la graduale eliminazione.

In relazione a questa diminuzione, vediamo il numero totale delle febbri primitive abbassarsi da 688 nel 1906 a 80 nel 1914: quello delle recidive da 3461 a 1290. Anche la gravità dell'infezione è diminuita di molto: i casi di perniciosa che erano 38 nel 1906, si sono abbassati a 3 nel 1914: i morti oscillarono fra 5 e 3 (salvo nel 1908 in cui furono 11 e nel 1914 in cui ve ne fu uno solo).

Una certa recrudescenza si è invero osservata negli anni 1915 e 1916; essa però coincide con una recrudescenza generale della malaria, e può, in parte, attribuirsi al fatto che degli 800 medici impegnati nella lotta antimalarica, molti sono stati richiamati in servizio militare e sono stati sostituiti da un personale nuovo, non ancora addestrato a tale lotta.

Ma altri dati ci confermano il buon andamento della campagna antimalarica nelle Ferrovie di Stato, dati che, al pari dei precedenti, togliamo dalle diverse pubblicazioni del dottor G. Fabbri, che, animato da larghi concetti di medicina sociale, dirige con amorosa cura il servizio sanitario ferroviario, e che accompagna i suoi lavori di sapore classico con un'abbondante e rigorosa documentazione.

Il miglioramento nella morbosità da malaria si ripercuote in modo tutt'altro che indifferente sui bilanci dell'esercizio. La malaria rappresentava per le Ferrovie ex-meridionali (che comprendevano prevalentemente il litorale Adriatico) il gravame di oltre *un milione annuo* e costituiva quindi un vero incubo, oltre che per le difficoltà dell'esercizio — in conseguenza delle assenze del personale — anche per la borsa degli azionisti. Nell'ultimo triennio 1913-915, invece la media dei sussidî *per l'intera rete* distribuiti per i casi di malaria è stata di poco superiore alle 155 mila lire, cifra bassissima in confronto della somma totale di quasi sei milioni accordata come sussidî per tutte le malattie (le sole malattie dell'apparato digerente hanno assorbito più di un milione).

Gli organismi amministrativi, Stato, Provincie, Comuni, che, al pari della maggioranza degli individui, sono particolarmente sensibili dal lato economico, meditino queste cifre e questi raffronti, e giudichino se non sia più conveniente anticipare le finanze per un'efficace lotta preventiva, anzichè disperderle in cure tardive, con danno evidente dell'attività lavoratrice, del benessere delle popolazioni, delle vite umane.

E ciò va detto specialmente per il Mezzogiorno. La malaria di fatto è un problema essenzialmente meridionale; mentre per il settentrione rappresenta, si può dire, un pericolo sorpassato. Nelle statistiche ferroviarie, i casi di malaria da Roma in su, non sono stati nell'ultimo triennio che 76 (nel 1914, anno di minima, sono stati in totale quasi 1400). La stessa morbosità malarica, che rappresenta il 5.98 % di tutte le altre malattie da Roma in giù, discende fino al 2.75 % quando si metta a raffronto con la morbosità dell'intera rete.

I risultati avuti dalla profilassi antimalarica ferroviaria dimostrano quanto si può ottenere quando si affronti il problema con mezzi adeguati e con perseverante tenacia. Non si tratta di un piccolo esperimento, in località limitate, su poche centinaia di persone. Qui abbiamo una popolazione di oltre 23,000 individui, dispersi su migliaia di chilometri, dalla Lomellina alle rive dell'Ofanto, dalle sponde dell'alto Adriatico alla derelitta Basilicata, alle coste siciliane, che, mercè una saggia profilassi, offre un minimo contingente di morbosità malarica. Esempio dunque e sprone a tutti per intensificare dovunque la lotta antimalarica ridonando all'Italia nostra la giocondità del lavoro nelle terre risanate.

INDEX.

A proposito di depopolazione e di aborto criminale.

Prof. L. M. BOSSI.

Il 9 ottobre al Congresso della *Société Obstétricale de France*, incaricato della relazione sul tema che, in un precedente Congresso, pure a Parigi, io aveva proposto, « Sui rimedii contro l'aborto criminale », ebbi a sostenere la tesi le tante volte emessa e spiegata come tesi della nostra scuola, che cioè per reprimere l'aborto occorreva sopratutto dare l'impunità alla madre denunziatrice e sciogliere il medico teste dal segreto professionale.

Solo in tal modo si potevano avere le necessarie testimonianze per colpire le provocatrici o i provocatori d'aborto.

È risaputo infatti che la maggiore difficoltà per raggiungere questo obbiettivo, che è l'unico atto ad arrestare questa vera calamità, sta appunto e sopratutto nel diniego costante delle vittime dell'aborto, che per il timore di essere condannate, devono tacere o negare.

Una vivace discussione si accese in seno al Congresso e nelle linee generali la relazione ita-

liana fu approvata colla nomina di un Comitato Internazionale che sollecitasse presso i varî governi una legge *ad hoc* repressiva.

Ma l'impunità della madre denunziatrice fu allora assai combattuta e dichiarata impossibile, non volendosi neppure ammettere lo speciale stato psichico in cui versa la donna che si induce all'aborto criminale, stato che assai spesso la riduce una irresponsabile.

Dal 1908 ad oggi passarono nove anni senza che la questione venisse risolta e, ciò che è peggio, senza che la Commissione del *Bureau* Internazionale, nella quale io pure fui nominato, venisse convocata.

Leggo però ora nel *Petit Parisien* del 25 luglio corrente che essendosi riunita a Parigi pochi giorni or sono la Commissione presieduta da Paul Strauss per l'esame del grave problema della depopolazione, presenti il prof. Barthelemy della Facoltà di giurisprudenza di Parigi e di Mesureur, direttore dell'assistenza pubblica, in rapporto dei mezzi per reprimere l'aborto criminale, si convenne:

1° di concedere l'impunità alla madre denunziatrice;

2° di liberare il medico dal segreto professionale quando egli fa da teste in questi casi.

Sono lieto di rilevare questa vittoria nostra. Sarà questa un benefico frutto della guerra, giacchè in Francia forse, senza le terribili conseguenze emerse dalla guerra per la depopolazione, e che io a Parigi denunciai fino dal 1904 invano, probabilmente si sarebbe continuato a lasciar l'impunità alle *faiseuses d'anges* che liberamente facevansi la *réclame* nella quarta pagina dei giornali, ma non la si ammetteva per le infelici donne che in un momento di sconforto e di disperazione si abbandonavano a tale crimine per poi pentirsene e denunciare chi di tale momento aveva approfittato per turpe lucro.

Ripeto, sarà questo in Francia un beneficio della guerra, ma e in Italia che si fa al riguardo?

Non dobbiamo dimenticare che se Atene piange Sparta non ride, che l'Italia settentrionale è più che mai invasa dalla triste piaga dell'aborto, che le Cliniche ostetriche e ginecologiche rigurgitano di casi di lesioni conseguite all'aborto criminale e di casi di pazienti in pericolo di vita per aborto provocato.

I nostri legislatori quindi dovrebbero preoccuparsi del grave fatto.

Genova, 31 luglio 1917.

LEZIONI.

Sul trattamento delle ferite d'arma da fuoco.

(B. MOYNIHAN. *British Med. Journal*, n. 2879, 1916).

Il trattamento delle ferite d'arma da fuoco è stato profondamente modificato, se non radicalmente mutato dalle esperienze della presente guerra. Nè la pratica civile degli ultimi quarant'anni, nè la pratica militare ci avevano preparato al genere di lavoro cui fummo obbligati fin dal principio della campagna. Le cose nuove ed inaspettate che ci capitarono erano dovute ad una serie di circostanze, ciascuna, in certo modo, differente da tutto ciò che avevamo osservato per lo innanzi. Il carattere dei proiettili in rapporto alla loro corsa e velocità non era più quello che ci avevano reso familiare le guerre precedenti. La rovina dei tessuti era molto più grande e differente in qualità di quel che avevamo generalmente visto nella guerra del Sud-Africa. I germi trasportati sulle ferite, dalla superficie del corpo, dal terreno o dai frammenti di vestiario, a giudicare dai loro risultati clinici, superavano in virulenza ed in fecondità tutto ciò che si conosceva dalla presente generazione di chirurgi. Finalmente il soldato, nei primi mesi della guerra almeno, era stato sottoposto ad uno sforzo così serio e così prolungato, prima d'esser ferito, che spesso cadeva facile vittima di una virulenta invasione batterica.

Gli sforzi dei chirurgi per dominare la grave infezione delle ferite, fallirono in principio lamentevolmente. La suppurazione, che sorpassava in profusione o in malignità quanto prima s'era visto, si verificava nella maggioranza dei casi e i mezzi che la nostra pratica civile ci aveva indicati come più efficaci, fecero ben poco per combattere l'attività del processo morboso. Gli insuccessi vennero segnalati; si parlò di fallimento del metodo antisettico e della futilità di quello asettico e l'opera immortale di Lister fu rimpicciolita o ritenuta di niun valore. Uno dei primi compiti al quale mi dedicai non appena tornato dalla Francia, nel principio del 1915, fu di rileggere gli scritti di Lister per rendermi un conto più esatto, con le nozioni ora acquistate nel mio servizio all'estero, dei problemi con i quali egli ebbe a lottare cinquant'anni or sono. Tutto ciò che Lister scrisse allora, può esser riletto oggi con gran vantaggio. Il grande problema che egli affrontò e risolvette è lo stesso col quale abbiamo oggi da fare ed i principî che egli dettò sono così strettamente applicabili adesso, come lo erano allora. Lister distinse chiaramente la differenza

fra il valore profilattico ed il valore terapeutico degli antisettici; egli esaltò l'importanza capitale del primo, e rilevò l'insufficienza dell'altro. L'opera dei chirurgi, fin dal tempo di Lister, si basò, per ciò che si riferisce ai successi, quasi incredibili, sulla prevenzione della infezione, in ferite eseguite espressamente; ma non sul controllo di una infezione già manifesta. Lister, per altro, non ha bisogno di difesa, ma se questo bisogno avesse, nulla potrebbe scriversi di più eloquente e di più indiscutibile, di ciò che si trova nei suoi lavori.

Quali adunque sono i diversi fattori nuovi, che debbono esser presi in considerazione in questa guerra?

Nei primi giorni di essa un gran numero di ferite furono dovute al fuoco di fucileria. La palla tedesca ha una velocità iniziale di circa 900 metri al secondo. Nei primi 700 metri la corsa del proiettile non è rettilinea, ma vorticosa. Esso è animato da tre movimenti: uno di propulsione, lungo la linea della corsa; uno di rotazione intorno al proprio asse longitudinale, come effetto della rigatura della canna ed uno *«a bascule»* così fatto che, mentre la punta della palla si mantiene in asse, la base si muove, girando, secondo un cerchio o un'elissi, di raggio sempre decrescente. Il risultato di quest'ultimo tipo di movimento è che quando il proiettile tocca qualunque corpo, quell'attimo di arresto, che subisce la punta, che procede per prima, fa capovolgere la base, che è naturalmente più pesante ed il proiettile si adagia in senso laterale o penetra nelle parti molli ruotando a questo modo. La conseguenza di ciò è che la lesione non è, in questa prima parte della traiettoria, limitata al tramite, grossolanamente scavato attraverso ad un arto, ma anche i tessuti circostanti sono compromessi, spesso in grado notevolissimo. Qualunque ferita, prodotta da una palla, a breve distanza, consiste quindi non soltanto del canale, scavato dal proiettile, con visibile lacerazione e distruzione; ma anche di una zona necrotica, che da ogni parte lo circonda, una zona nella quale la necrosi e la distruzione o desintegrazione dei tessuti è dovuta alla tremenda concussione derivatane. S. Anthony Bawlby ha dato una prova di questo fatto, con una serie di esemplari molto dimostrativi (1). Nè questo è tutto: l'azione del proiettile è tale che qualunque cosa esso incontri, subisce l'influenza della sua velocità: come tutti sappiamo, brandelli del vestiario, del cinturino, il contenuto della tasca, possono essere trascinati profondamente nella ferita. Se per caso poi, la palla colpisce un osso, questo non solo viene rotto in molti frammenti, ma essi vengono alla loro volta animati dalla velocità di quella e trasformati in altrettanti proiettili, capaci di farsi strada attraverso le parti molli. Molte delle ferite sono quindi profonde, di forma irregolare, con grandi e piccole cavità, anfrattuose. Nei numerosi recessi si versa il sangue e, data l'ineguale lacerazione e retrazione dei muscoli, molte di queste raccolte liquide possono perdere ogni comunicazione con il tramite principale.

Se una palla di fucile non colpisce entro i primi quattro o cinquecento metri, la sua corsa diviene più composta e probabilmente intorno ai 1000 metri, diviene uniforme.

Una ferita inflitta in questo momento ha un carattere interamente diverso. La palla divarica quasi le parti molli, scolpisce un foro netto attraverso l'osso, facendo pochissima distruzione. Vediamo molti casi, nei quali il torace o l'addome sono traversati da parte a parte, il collo è perforato e miracolosamente non si verifica alcun danno rilevante. Questi casi, più numerosi nella guerra del Sud-Africa, lo sono meno adesso, perchè si combatte a più breve distanza e perchè il proiettile è differente per velocità e peso.

La campagna di Fiandra e del nord della Francia si svolge in terreni a cultura intensiva, nei quali generazioni di agricoltori, per renderne più ricca la produzione, rovesciarono le materie fecali dei cavalli, dei buoi, dei maiali. Il contatto fra il soldato ed il suolo sul quale egli combatte, non è mai stato più intimo. Le mani, la faccia, tutto il corpo, sono imbrattati di fango e di polvere, che penetra e s'attacca ai vestiti, che non possono essere cambiati con frequenza.

Nei primi tempi della guerra, i soldati rimasero ordinariamente un paio di mesi o più, senza togliersi i pantaloni. Le culture fatte col fango dimostrarono una ricchezza veramente lussureggiante di germi patogeni, fra i quali il *bacillo del tetano*, quello della *gangrena-gassosa (Bacillus perfringens, bacillus aërogenes capsulatus* di Welch), il *bacillus coli, saprofiti* di varia forma ed uno *streptococco*, riconosciuto poi come l'*enterococco* degli scrittori francesi; tutti erano d'origine fecale. È molto interessante il fatto che, mentre ero in Francia, trovammo raramente lo *stafilococco piogeno aureo*, causa comune della infezione delle ferite, in pratica civile: esso era soltanto un tardivo ospite nella storia di tali casi.

Nei primi mesi della guerra, il soldato che veniva ferito, era spesso esaurito oltre ogni

(1) V. *Policlinico* settimanale, n. 14, 2 aprile 1916.

limite, da fatica eccessiva, perdita di sonno, incessante ansietà e tensione di spirito. Quando ebbi l'opportunità di visitare un'ambulanza o un ospedaletto da campo, fui colpito dallo stato dei pazienti che vi affluivano. Non appena un infermo arrivava al sicuro, s'addormentava; anche durante la medicatura spesso alcuni dormivano profondamente e la tentazione di una zuppa calda o dell'inevitabile sigaretta potevano appena indurli a destarsi per qualche momento. Ho visto degli uomini dormire per 48 ore di seguito e muoversi brontolando, solo per prendere una bibita. Quando le lesioni erano gravi, come ad esempio nelle fratture complicate della coscia, i feriti erano spesso in collasso, freddi, pallidi, con polso debole e respiro interrotto. Senza dubbio, una parte di questa riduzione della vitalità era dovuta al ritardo dell'opportuno soccorso. Ma nessuna organizzazione al mondo può mutare questo stato di cose, che non dipende da noi, ma bensì dal nemico. Poco o nessun rispetto si osserva verso la Croce Rossa, forse perchè è poco visibile. Un gruppetto di porta-feriti, se per poco si lascia scorgere è subito esposto al fuoco di fucileria o di shrapnel e ciò anche di notte. È solo furtivamente e cogliendo il momento opportuno, che un ferito può essere trasportato ed il ritardo nel soccorrerlo, ciò che deve deplorarsi, non può essere evitato.

I proiettili producono grandi rovine col loro passaggio nel corpo: cavità e recessi vengono formati ovunque dall'irregolare retrazione dei muscoli lacerati e dentro vi si raccoglie sangue pesto. Tutto all'intorno i tessuti sono necrotici e non offrono alcuna resistenza all'invasione batterica, anzi formano il mezzo nutritivo più adatto allo sviluppo ed alla vita dei germi. I microrganismi possono venir trasportati nelle più minuscole cavità con una certa violenza e seminati ovunque in un terreno fertile e se anche non sono della peggiore malignità, si sviluppano, in compenso, con la più intensa attività. Essi hanno il tempo di prendere il sopravvento, a causa dell'intervallo, che necessariamente deve passare prima che sia possibile di eseguire una medicatura adatta ed anche perchè il ferito è spesso in condizioni di tale affaticamento e di esaurimento da non offrire alcuna resistenza. Nulla di simile suol capitare nella pratica civile e quando i procedimenti a questa abituali, vengono applicati ai feriti di guerra, falliscono naturalmente allo scopo.

Il trattamento delle ferite d'arma da fuoco, deve contemplare: la prevenzione o il governo della infezione il più rapidamente possibile dopo l'avvenimento; la riduzione o la neutralizzazione di essa non appena si manifesta.

Prima di discutere questi argomenti, vi sono alcuni principî fondamentali, applicabili a tutte le ferite, che debbono essere fissati una volta per tutte.

A) L'escissione della ferita, se può essere messa in opera, è certamente un metodo ideale. Disgraziatamente il maggior numero delle ferite sono a superficie irregolarissima. Si comprende come l'escissione della superficie di una ferita anfrattuosa sia compito difficilmente possibile. Ma quando vi si riesce, è quanto di meglio possa desiderarsi: la ferita diviene asettica, può essere suturata completamente e guarire di prima intenzione.

A questo speciale trattamento si prestano talvolta le ferite del cuoio capelluto, le ferite penetranti dell'articolazione del ginocchio e quelle della parete addominale.

La tecnica deve essere scrupolosa ed esatta, se non si vuol fallire allo scopo.

B) È necessario esplorare accuratamente ogni ferita ampia o penetrante, ricorrendo magari all'anestesia pur di agire il più presto possibile. Si pratica una disinfezione preliminare della pelle, con un antisettico efficace e qui debbo deplorare che si soglia generalmente ricorrere allo jodio, sotto una forma qualsiasi. *È puro feticismo credere che la tintura di jodio, anche largamente pennellata, possa sterilizzare la pelle, nella quale aderisce concime o terra secca* (1). Numerose prove sperimentali, ed applicazioni su larga scala, fatte anche dal Moynihan, dimostrano luminosamente questa verità: ora la toletta della pelle è di somma importanza perchè i germi quivi annidati possono reinfettare la ferita, specialmente se si ricorre alla medicatura usuale, della pratica civile. Dopo pochi minuti soltanto, garza e ovatta sono imbevute di secrezione e fino alla prossima medicatura, questo materiale settico, in fermentazione, rimane a contatto delle parti adiacenti alla ferita, infettandola. Un'accurata disinfezione della pelle si può tentare con etere saponato, con etere, benzina, petrolio, o con altro materiale efficace e con l'applicazione di un liquido antisettico. Sono consigliabili il bijoduro di mercurio in alcool, la soluzione di Harrington, quella di Macdonald e quella di Dakin; questa ultima è poi preferibile, specialmente per gli usi di guerra. Dopo la disinfezione della pelle è necessario provvedere al drenaggio, per lo che è spesso indispensabile sbrigliare la ferita e praticare delle controaperture e ciò senza riguardi

(1) Il corsivo è mio (T. F.).

e senza economia, trattandosi di condizione essenziale, dalla quale può dipendere la conservazione dell'arto o la vita del paziente, specie se nella ferita è penetrato il *bacillus perfringens*.

La ferita deve essere accuratamente esaminata, si asporta subito ogni corpo estraneo trovato, ogni frammento di tessuto morto o imbrattato, di muscolo lacerato, indi si lava largamente, con la soluzione antisettica di Dakin e s'immobilizza la parte.

C) *Immobilizzazione delle parti ferite.* — La necessità d'immobilizzare le parti ferite è riconosciuta da tutti, tanto più in queste ferite di guerra, nelle quali il movimento favorisce il diffondersi della infezione. Nondimeno non si deve esagerare e bisogna ricordarsi che per le braccia e per le gambe, l'immobilità prolungata troppo, può generare rigidità articolare ed atrofie muscolari ribelli.

1. *Prevenzione o controllo dell'infezione nelle ferite d'arma da fuoco, nel momento più prossimo possibile a quello in cui si verificano.* — Nei primi tempi della guerra si notavano, nei soldati che tornavano dalla Francia, infezioni gravissime delle ferite, ciò che dette luogo a discussioni acerbe, sia pubbliche che private. Si consigliò subito l'uso dell'acido fenico puro, delle pennellazioni di tintura di jodio; ma anche queste misure severe si mostrarono inefficaci contro la successiva gravità delle infezioni. Notiamo, di passaggio, che dicendo acido fenico puro, si pensava di usare il più energico degli antisettici; la verità è che, comparativamente, il fenolo puro è un debolissimo antisettico e che nella lotta contro germi patogeni, che si sono bene annidati in queste ferite di guerra, la sua efficacia è presso a poco nulla, mentre invece danneggia molto i tessuti sani. Gli studi di Dakin e Carrel ci han fornito il più potente battericida conosciuto nella soluzione d'« ipoclorito » la quale è inoltre diffusibile, non irrita troppo i tessuti, ha un notevole potere d'eliminazione dei cenci necrotici, si ottiene facilmente ed è del massimo buon mercato.

I chirurgi francesi ed inglesi l'hanno sperimentato con risultati ottimi e l'hanno trovato veramente capace di ritardare o di prevenire lo sviluppo della sepsi piu che qualunque altro preparato (1). Moynihan lo usò in casi d'infezione, all'inizio, e già antichi; nei primi le lesioni decorsero e guarirono come fossero asettiche; negli altri il beneficio fu rimarchevole. Si notò, alle volte, un certo grado d'irritazione, specialmente della pelle circostante. Ciò può dipendere, anche secondo l'opinione di Dakin, dalla qualità estremamente variabile dell'ipoclorito o da combinazioni chimiche irritanti, specie se furono usati prima altri antisettici. Tutte le volte che ciò è possibile, la ferita deve essere leggermente impaccata con garza imbevuta della soluzione d'ipoclorito. Al di sotto si tenga una bacinella da medicatura o da fotografo e, ad intervalli, d'un'ora o due, si versi un po' di soluzione fresca sull'impacco. Questo deve essere sempre bagnato e si tenga presente che nessun drenaggio può eguagliarsi alla garza.

La garza però drena per poco tempo soltanto; sui filamenti di essa la linfa e la secrezione si raddensa ed allora diviene un tampone anzi che un drenaggio. Se la posizione e l'estensione della ferita non permette questo procedimento si lascino pendere strisce della medicatura o drenaggi a lucignolo fuori della ferita, facendoli pescare, con l'estremo libero, in un recipiente con la soluzione d'ipoclorito posto in modo da poter essere facilmente aspirato, e da tenere sempre umida la ferita. Si possono anche adoperare tubi sottili, con molte asole laterali, rivestiti da lembi di tovagliato lasso ed introdotti nei recessi più piccoli e remoti; il capo libero si fa uscire a traverso una medicatura volante di garza e cotone. Ad intervalli frequenti s'iniettano nei tubi, lentamente, piccole quantità d'ipoclorito che irrigano la ferita. Questo è il metodo di Carrel, che in molti casi è il migliore di tutti. La pelle intorno alla ferita può esser protetta con vaselina. Il liquido deve esser sempre fresco. È importantissimo evitare che intorno alla medicatura sia tenuto qualsiasi materiale impermeabile; il libero deflusso della secrezione deve essere assicurato.

Moynihan ha sperimentato anche un altro preparato di Dakin: la « cloramina » che, per qualche riguardo, trova superiore anche all'ipoclorito. Essa agisce uccidendo gli stafilococchi, in presenza del siero, in soluzione 5 volte più debole dell'ipoclorito: è solubilissima e facilmente diffusibile. Dakin ha fatto anche preparare della garza, nei cui filamenti è incorporata *cloramina* (1) in polvere. La secrezione delle ferite, medicate con questa garza, scioglie lentamente il potente antisettico, che viene a contatto dei recessi più nascosti. L'A. l'ha usata largamente a Leeds e altrove e se ne loda alta-

---

(1) Non ci stanchiamo di ricordare che negli Ospedali e Cliniche di Roma, si usa da oltre *40 anni* una soluzione d'*ipoclorito* poco diversa da quella di Dakin e Carrel, con risultati mirabili. È sorprendente che i nostri valorosi colleghi d'oltr'alpe e d'oltremare non lo sappiano e non lo vogliano sapere! Quistione di marca? T. F.

(1) La *cloramina* è toluene-sodio-solfocloramide.

mente. Anche in ferite, gravemente infette, la detersione avviene rapida, la secrezione si attenua ed appaiono presto granulazioni di buona natura. Moynihan ritiene la *cloramina* il rimedio più potente ed efficace per fare abortire un'infezione *anche grave*, in quaunque ferita di guerra.

Le ricerche di Carrel sembra dimostrino che le ferite recentissime, da palla o da granata, presentano lievissime infezioni: bisogna infatti esaminare numerosi preparati, prima di scoprire dei microrganismi. Pur così pochi ed anche se di scarsa virulenza, trovando l'ambiente estremamente favorevole, si moltiplicano rapidamente: ogni ora che passa aumenta la penetrazione e la virulenza dell'infezione. Da qui la necessità di adoperare nelle ferite di guerra ed il più presto possibile, l'antisettico più potente. Moynihan dichiara che *non crede applicabile il metodo di Wright*, almeno nei casi peggiori: i soldati gravemente feriti sono in uno stato di grave esaurimento, con pressione sanguingna bassa, estremità fredde, polso debole, pallore. Alcuni han bisogno di essere rianimati prima che si possa tentare un qualsiasi trattamento; altri sono in preda a shock più o meno intenso. L'introduzione delle compresse saline (Wright) nelle ferite, non provocherebbe probabilmente nessuna ipersecrezione di siero e se pur ciò avvenisse, questo sarebbe un risultato riprovevole, perchè aumenterebbe l'esaurimento del paziente.

2. *Attenuazione o soppressione della infezione già manifesta.* — Quando la suppurazione è scoppiata in una ferita, con tutta la sua violenza, il problema del trattamento, come fu riconosciuto da Lister, è affare molto più difficile che non prevenire l'infezione di una ferita appena inferta da poco o nel momento stesso in cui avviene.

Dominare o debellare i processi d'infezione manifesti è sempre difficile, e può essere impossibile. Nulla poi sarebbe più futile che combatterli con i metodi comunemente in uso nella pratica civile. Una ferita largamente suppurante può essere irrigata lungamente con soluzioni carboliche o mercuriali e medicata con materiale antisettico; tuttavia alla successiva medicatura si troverà che il pus fluisce abbondantemente da tutta la lesione e ristagna sulla superficie della garza e dell'ovatta. In queste ferite il vecchio tipo di medicatura è realmente un impacco di pus. Questa convinzione è appunto dovuta all'esperienza, che solo la guerra attuale rese possibile, dimostrandoci la necessità di trovare altri metodi. Quelli praticati dall'A. o che egli vide messi in pratica, possono riassumersi brevemente così:

« Uso di soluzioni ipertoniche - 5% di sal di cucina e ½% citrato di sodio ».

Questo metodo fu introdotto molti anni or sono da Wright e fu rimesso da lui stesso in onore durante questa guerra. I lavori di Whight espongono i diversi problemi con perfetta accuratezza e grande penetrazione. Il principio del metodo ipertonico è quello di utilizzare il potere battericida del siero fresco, il cui flusso dalla superficie di tutta la ferita è stimolato dall'applicazione di una soluzione salina più concentrata del siero del sangue: un vero processo di osmosi. Si oppone, o meglio si asserisce, ciò che non è lo stesso, che il siero è un fluido inadatto all'osmosi; ma è indiscutibile il fatto che quando si applicano queste soluzioni saline forti, il flusso da tutta la superficie della ferita è enormemente accresciuto, tanto che il paziente è spesso costretto a bere abbondantemente. La secrezione della ferita, dopo poche ore, diviene chiara e dopo 2 o 3 giorni può essere trovata sterile o quanto meno povera di microrganismi. Lo streptococco sembra il più resistente dei germi ed è infatti il solo superstite dopo due o tre giorni. L'A. potè osservare, ispezionando i diversi ospedali, numerosi casi trattati col metodo di Wright e constatare che le granulazioni hanno un colorito più vivo ed intenso e che la superficie appare più detersa, che con qualunque altro trattamento. Il miglior metodo di attuare questa medicatura è lo stesso consigliato per la soluzione di Dakin: un impacco volante di garza, applicato su di una ferita ben drenata e tenuto sempre imbevuto d'una soluzione salina.

Il flusso, abbondontissimo, viene raccolto in una bacinella. Si deve assolutamente evitare qualsiasi fsciatura ed in generale qualsiasi medicatura capace di ostacolare il libero deflusso della secrezione o di farla ristagnare. Questo trattamento, prolungato troppo, può riuscire dannoso, provocando alterazione delle granulazioni ed emorragie.

Si può quindi, se la ferita è di dimensioni tali da consentirlo e prima che le turbe su menzionate si manifestino, suturarla convenientemente o ravvicinarne i margini, applicandovi qualche medicatura blanda, al liquido fisiologico. Si può anche trattarla con pomata allo zinco, all'acido borico o con vaselina semplicemente sterile.

Il trattamento salino ipertonico è generalmente indolore, qualche volta però si sente parlare di dolori puntorî o urenti.

L'A. consiglia di servirsi di compresse, preparate appositamente con cloruro di Na, citrato di sodio e cloretone, che è un leggero analgesico locale.

Una variante, proposta da Lawson, consiste nell'applicare nelle anfrattuosità delle ferite profonde, una lunghetta di garza, nel mezzo della quale si avvolgono delle compresse dei due sali su citati. Qualche volta si può mettere direttamente le compresse saline nei più profondi recessi di tali ferite, sia semplicemente avvolte in un foglio di garza, sia annicchiate alla estremità, nel lume di un tubo a drenaggio.

La garza o il tubo non devono essere cambiati più spesso di ogni 24 ore.

Morrison e Tulloch consigliano l'uso di una soluzione di solfato di magnesio, invece di quella al cloruro di sodio. Essi dicono che ha una grande efficacia nello sbarazzare le ferite dallo streptococco (che è il più tenace e tardo parassita delle ferite di guerra) pur conservando tutti gli altri benefici effetti sul tessuto di granulazione.

Moynihan ha constatato, clinicamente, la verità di quanto affermano i due autori.

Quanto alle esperienze col liquido di Dakin, l'A. riferisce casi, nei quali, in presenza di cocchi, bacilli, difteroidi e colibacilli, con vasti lembi e cenci necrotici, si ebbero risultati mirabili. Rileva come l'effetto precipuo di questa soluzione sia quello di eliminare rapidamente i tessuti morti e disfatti, attenuando l'infezione e facendola poscia sparire. Raccomanda di preparare il liquido fresco, almeno ogni 5 giorni (1).

L'A. accenna al metodo, che riconosce ottimo, del bagno o dell'irrigazione a permanenza, ma che è limitato a quei casi in cui può essere topograficamente applicabile. L'effetto è identico, qualunque sia l'antisettico adoperato: una soluzione salina, una debole soluzione di acido fenico, di permanganato di potassio o di tintura di jodio dànno lo stesso buon risultato.

Moynihan caldeggia l'istituzione di ospedali e attendamenti, ove sia possibile il trattamento delle ferite all'aria aperta e al sole. Anche durante l'inverno a Leeds ed a Sheffield egli ha veduto risultati sotto ogni riguardo sorprendenti.

Il trattamento vaccinico degli infermi affetti da ferite settiche è argomento di discussioni vivacissime e le opinioni sono così disparate ed irreconciliabili che non si può enunciare un giudizio esauriente su questo argomento. Il principio del metodo vaccinico è quello di rafforzare nel siero del sangue quei corpi che sono antagonisti allo sviluppo o alla vita di un microrganismo invadente.

Quando una ferita è ben drenata e medicata, in modo che tutto il siero che vi affluisce liberamente e largamente può essere con altrettanta facilità eliminato, allora appare chiaro che quanto più alto è il potere battericida del siero tanto più facile e rapida sarà la guarigione. Ne consegue che la vaccinoterapia, associata all'applicazione della soluzione di Wright, è il trattamento indicato per ottenere i migliori risultati. Moynihan afferma di esser convinto del gran valore del vaccino streptococcico nelle ferite più gravi di questa guerra e crede che maggior beneficio se ne otterrebbe di certo se l'uso fosse generalizzato.

Le virtù profilattiche della vaccinoterapia non hanno avuto un favorevole terreno di studio in questa guerra. Ed invero i fattori in giuoco sono tanti e tali che lo scrutinio dei casi inoculati richiederebbe poteri di analisi superiori alle risorse umane.

Una delle più sensazionali osservazioni in riguardo alle ferite, anche le più semplici, è la straordinaria lunghezza del periodo di tempo durante il quale i germi possono restare *dormienti* fra i tessuti anche dopo la guarigione completa. L'A. ha visto scoppiare il tetano e la gangrena gassosa, molte settimane dopo l'inflizione della ferita, in occasione d'interventi semplicissimi per l'estrazione di proiettili, di scheggie, di frammenti indumentali. La mobilizzazione di un'articolazione irrigidita, in prossimità di una ferita già guarita, può ugualmente far scoppiare un violento processo settico, che minaccia la vita o uccide addirittura il paziente. Ciò suole essere più frequente nei casi di fratture complicate. Il saperlo sarà di grande ausilio, ponendo in guardia contro gli interventi chirurgici prematuri. T. FERRETTI.

(1) Negli ospedali di Roma, si prepara fresco *ogni giorno*. T. F.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

Riunioni medico-militari di Ferrara e Rovigo

(istituite dall'Accademia delle Scienze mediche e naturali di Ferrara).

VIII RIUNIONE.

Rovigo - Ospedale del Seminario - 21 gennaio 1917.
Presidenza: F. BOZZI

I criteri di opportunità di intervento per l'estrazione dei proiettili.

MAFFI. — L'O. premette che la indicazione ad intervenire può esser data da considerazioni cliniche oppure fiscali.

Nel primo ordine di idee mette fuori discussione i casi nei quali l'intervento rappresenta una necessità improrogabile, di vita e di funzionalità, e quelli di proiettili insediati nei grandi visceri male accessibili senza produrre disturbi importanti, poichè l'intervento sarebbe un pericoloso esercizio di virtuosità operatoria. Basandosi su numerosi casi personalmente osservati nel suo servizio di chirurgo e di radiologo, che egli riferisce dettagliatamente, dimostra come spesso i sintomi più gravi non siano causati dal proiettile per sè, ma dalle lesioni prodotte lungo il tragitto oppure da infezioni per detriti trascinati dal proiettile, mentre il proiettile è quasi sempre asettico per la sua temperatura.

Insiste in ogni caso sulla necessità di un esame radiologico molto preciso e fatto con criteri non solo geometrici, ma anatomici, per evitare demolizioni inutili e ricerche indaginose. Osserva che purtroppo i detriti trascinati dal proiettile non sono quasi mai rilevabili all'esame radiologico.

Afferma la necessità di grande diligenza nel commisurare i pericoli di ciascun intervento colla gravità dei sintomi morbosi accertati e coi risultati definitivi che dall'intervento ci si possano ripromettere.

Nel campo fiscale, riconoscendo che molti portatori di proiettili superficiali si rifiutano all'atto operativo per avere pretesto a sottrarsi al servizio, afferma che, inspirando persuasione e fiducia, si può quasi sempre riuscire a cambiare l'atteggiamento dei renitenti e indurli a lasciar eseguire di buona volontà il piccolo ed innocuo atto operativo.

GRIMALDI consente in via di massima nelle conclusioni a cui è giunto il collega Cap. Maffi: anzi dichiara che egli, quando è sicuro che la permanenza del proiettile non è di alcun impedimento o nocumento al militare, omette l'esame radioscopico ed in ogni caso non ne rivela allo interessato il risultato, per non lasciare nelle mani del militare una arma della quale egli potrebbe valersi quando dovesse riprendere servizio.

Rileva poi che la pregevolissima ed interessante comunicazione del Cap. Maffi, a suo avviso, presenta una lacuna, poichè si riferisce unicamente a proiettili localizzati nelle grandi cavità splancniche, o nei pressi delle grandi articolazioni, mentre sembra che da questi fatti l'O. voglia assurgere a considerazioni di indole generale.

Chiede quindi al collega Maffi quale, a suo avviso debba essere la linea di condotta del chirurgo in presenza di gravi fratture ossee e di penetrazione nelle cavità articolari con permanenza del proiettile.

MAFFI risponde che non ritiene coscienzioso nè prudente nascondere la presenza di un proiettile che ora è innocuo e domani potrà produrre disturbi forse gravi, e potrà essere riscontrato da altro radiologo; ciò che getterebbe cattiva luce sulla sincerità o sull'abilità del radiologo militare.

Per la seconda obiezione ripete che importa proporzionare l'intervento alla gravità della lesione.

Il Cap. GRIMALDI replica che è dolente che la tarda ora non consenta di dare a questa interessantissima discussione l'ampiezza necessaria, ed osserva che non può dichiararsi soddisfatto della risposta data dal collega, poichè egli ritiene che la permanenza del proiettile nel focolaio di fratture costituisca anzitutto una grave minaccia alla vita del ferito per gli inevitabili processi settici consecutivi, ed un ostacolo forse insormontabile alla riparazione della lesione ossea.

Complicazioni neuritiche dei congelati.

NERI. — L'O. descrive segni neuritici rilevabili nei già congelati con minuti esami elettrici. Essi consistono, sopratutto, in una lieve diminuzione della eccitabilità elettrica. L'O. ritiene che i residui neuritici concorrano alla labilità e alla maggior predisposizione degli ex congelati a futuri congelamenti.

Si richiama ad altra sua Comunicazione, ove propose che i militari guariti dal congelamento non venissero rinviati al fronte nella stagione invernale.

Contributo all'anatomia patologica dell'idrocefalo consecutivo a meningite cerebro-spinale epidemica.

LAMPRONTI. — In un caso di idrocefalo consecutivo a meningite cerebro-spinale epidemica, l'O. ha riscontrato, quale causa probabile del processo, lesioni di sclerosi meningea e vasale, le quali ostacolavano il riassorbimento del liquido cefalo-rachidiano; vi era inoltre scomparsa quasi totale dell'essudato fibrino-purulento.

Non si può decidere se tale tendenza alla organizzazione dell'essudato ed alla sclerosi sia dovuta a predisposizione del soggetto, od a particolari proprietà del germe patogeno, oppure a tardiva applicazione della sieroterapia.

Erano, infine, degne di nota lesioni di endo-arterite di endo- e periflebite obliteranti e di trombosi dei vasi dell'encefalo, inoltre qualche fatto accennante a senescenza precoce delle cellule nervose.

A. BALBONI.

Pubblicheremo prossimamente:

F. D'ALESSANDRO, *Su di una complicanza non frequente dell'infezione melitense.*

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Le albuminurie dell'inizio della tubercolosi polmonare.

Nell'ultimo fascicolo della *Revue de la Tuberculose* Bathery consacra una memoria alle manifestazioni varie delle lesioni precoci del rene all'inizio di una infezione tubercolare dell'organismo e particolarmente della infezione tubercolare polmonare.

Si hanno nefriti ed albuminurie semplici: le prime acute, o croniche; queste ultime secondo il tipo di nefrite cronica semplice, di nefrite idropigena, o di nefrite cronica con azotemia. Le albuminurie semplici si distinguono in continue, o intermittenti; le intermittenti in regolari, od irregolari; le regolari secondo il tipo ortostatico, od il tipo pretubercolare di Teissier.

Le nefriti, o le albuminurie, presentano dei caratteri che ne rivelino la natura? Si è detto che le ematurie sono frequenti, che la ipotensione è la regola, che la evoluzione della malattia è sempre rapida. In realtà non esistono sintomi patognomonici; l'ematuria non è la regola, e si può anche avere ipertensione di lunga durata.

Rathery afferma che ogni albuminuria, ogni nefrite sopravveniente senza causa in un giovane soggetto, cioè in un organismo non ancora tarato da infezioni, o da intossicazioni multiple, deve essere considerata come sospetta dal punto di vista della sua possibile origine tubercolare. Dal punto di vista della terapia ogni albuminurico, creduto tubercoloso, non sarà posto a regime latteo esclusivo, regime debilitante per eccellenza, che favorirebbe l'evoluzione della tubercolosi.

D'altro canto tutti i tubercolosi albuminurici non dovranno essere necessariamente posti ad un regime tonico o fortificante. Si dovrà studiare il tipo di nefrite (idropigena, con azotemia, ortostatica, ecc.) e stabilire un regime in rapporto con essa.

Occorrerà quindi curare nel tempo stesso la nefrite e la tubercolosi, perchè, se è bene curare la nefrite, rimontare alla causa per cercare di guarirla è ancora meglio. P. C.

L'origine tubercolare della psoriasi.

E. Gaucher (*Paris médical*, 5 maggio), in seguito all'osservazione della complicazione cutanea finale, mortale della psoriasi, la *pityriasis rubra* cronica secondaria, è stato condotto a sospettare l'origine tubercolare della psoriasi, poichè i casi di detta *pityriasis rubra* erano terminati tutti con tubercolosi polmonare mortale ad andamento rapido. L'A. ha osservato in seguito la frequenza con cui tubercolosi e psoriasi si trovano nelle stesse famiglie.

Le prove cliniche che l'A. invoca per dimostrare tale origine sono le stesse che dimostrano l'origine tubercolare del lupus e di altre tubercolosi cutanee. Tali prove del resto sono sufficienti anche senza fatti anatomo-patologici o batteriologici. Del resto le tubercolosi atipiche infiammatorie o non follicolari non hanno carattere anatomico specifico, mentre d'altra parte nelle lesioni tubercolari cutanee da tossine non si riscontra il bacillo tubercolare. *La psoriasi sarebbe appunto una lesione tubercolare da tossine*, analoga al lupus eritematosquamoso.

Le manifestazioni tubercolari in connessione con la psoriasi non sono ristrette alla forma polmonare, ma possono essere articolari, ossee, laringee, ecc.; esse precedono o seguono la comparsa della psoriasi nello stesso individuo. *ini.*

TERAPIA.

I medicamenti antisifilitici.

L'uso dei composti arsenicali, particolarmente del salvarsan si era imposto negli ultimi anni ed anche su questo punto, la guerra ci ha fatto sentire (Etienne, *Archives médicales belges*, maggio) la nostra dipendenza dall'estero. È pertanto interessante ricordare che l'atoxil, punto di partenza della serie di corpi studiati da Ehrlich, è stato preparato per la prima volta dal chimico francese Béchamp e che a Thomas, insegnante di medicina tropicale a Liverpool, si deve la sua applicazione nel trattamento delle malattie da protozoi.

I medicamenti che sono ora a disposizione dei sifilografi sono i seguenti. Per la Francia, i soli prodotti identici, o quasi, al salvarsan e neosalvarsan, sono l'arsenobenzol ed il novarsenobenzol.

Il *Galyl*, scoperto da Mouneyrat contiene circa il 35 % di arsenico ed il 7.2 % di fosforo: il nome chimico è tetra-ossi-bifosfo-amino-diarsenobenzol; polvere gialla solubile in una soluzione di carbonato di sodio. Lo si usa a dosi di gr. 0.2 per iniezione endovenosa, che si ripete dopo una settimana. Se le due prime dosi vengono sopportate, si pratica un'altra serie di iniezioni ebdomadarie elevando la quantità a gr. 0.25. Generalmente la reazione di Wassermann diventa negativa.

L'*Hectina* (benzosulfone - paraaminofenilarsinato di sodio) si somministra con iniezioni endomuscolari di gr. 0.10, che si alternano con iniezioni mercuriali. Questo trattamento può venir sostituito da quello con *Hectargyre*, che sarebbe una combinazione di hectine e mercurio.

Sul *Luargol* o 102, preconizzato da Danysz dell'Istituto Pasteur di Parigi, le recenti prove hanno fatto sorgere le migliori speranze. Si tratta di un prodotto assai complesso, contenente del bromo, dell'antimonio, dell'argento ed il 20.7 % di arsenico. Le indicazioni sono le stesse del salvarsan. Viene disciolto in idrato di sodio al 4 % e si inietta a dosi crescenti da gr. 0.15 a 0.30 (in tutto gr. 1.2-1.5).

I succedanei inglesi sono il *Kharsivan* e *Neokharsivan*, corrispondenti al salvarsan ed al neosalvarsan, di cui hanno lo stesso contenuto in arsenico (31.6 % per il primo, 21 % per il secondo): il primo si discioglie in una soluzione salina; l'acidità viene poi neutralizzata con idrato sodico; il secondo non ha bisogno di ulteriore neutralizzazione.

Altri succedanei, ma senza arsenico, sono *l'Intramine*, la *Ferrivine*, l'*Aluvine* sperimentati da Mc Donagh. Questo autore ritiene che l'arsenico del salvarsan non abbia un'azione diretta sulle spirochete: il medicamento si limiterebbe ad aumentare il contenuto dell'ossigeno attivo nel sangue ed agirebbe così indirettamente sul microorganismo. Nei medicamenti citati quest'azione, invece che dall'arsenico, sarebbe esercitata da metalli non tossici, quali il ferro e l'alluminio. Per gli stadî ulteriori l'autore consiglierebbe l'intramine che è un composto non metallico. È da osservarsi però che le iniezioni di questi corpi, molto instabili, sono assai dolorose ed i risultati molto discutibili.

È stato anche consigliato il trattamento misto solfo-mercuriale, sia associando le iniezioni di solfo colloidale e di biioduro o cianuro di mercurio, sia iniettando contemporaneamente lo solfo ed il mercurio colloidali. Secondo altri, l'uso degli joduri di mercurio e di arsenico darebbe risultati simili a quelli del salvarsan.

È da segnalarsi inoltre l'uso delle iniezioni endo-rachidee di siero salvarsanizzato, ottenuto prelevando, un'ora dopo l'iniezione di neo-salvarsan, 50 cmc. di sangue: il siero viene sterilizzato a 56° e diluito a 40 % con soluzione di cloruro di sodio a 0.6 % ed iniettato poi nel canale rachidiano.

[Ricordiamo fra i preparati italiani il *Novarsen* — succedaneo del neosalvarsan — ed il mercurio-coleolo. *N. d. Redat.*].

ini.

IGIENE.

Riduzione del numero delle iniezioni con vaccini antitifici rinforzati.

F. Widal e A. T. Salimbeni (*Revue d'Hygiène*, 1917, p. 37) riconoscono la necessità, nelle attuali condizioni, di usare un vaccino polivalente per il tifo e i paratifi. D'altra parte convengono che le quattro iniezioni successive prescritte in Francia sono causa di non pochi inconvenienti, sopratutto in tempo di guerra, aumentando il numero delle giornate di indisponibilità degli uomini e accrescendo gli eventuali accidenti vaccinali che si osservano anche alla terza, quarta iniezione.

L'uso del vaccino T A B, dove i singoli germi si trovano ridotti al terzo rispetto ai vaccini monovalenti, sembra non permettere una riduzione nel numero delle iniezioni. Gli AA. hanno però esperimentato un vaccino polivalente, rinforzato com'essi lo chiamano, nel quale sono contenuti a parti uguali Bb. del tifo e Bb. paratifosi A e B complessivamente in quantità tre volte maggiore di quella del vaccino monovalente antitifico.

Il vaccino preparato da Widal e Salimbeni contiene 10 miliardi di germi ogni 3 cmc. Si allestisce in modo assai semplice sospendendo i bacilli, sterilizzati col calore, senza aggiunta di sostanze antisettiche, in soluzione fisiologica al 9 ‰. Il B. del tifo e il B. paratifoso A vengono trattati per un'ora a 56° C., il B. paratifoso B pure per un'ora a 57° C.

Con questo vaccino bastano a determinare un buono stato immunitario, due sole iniezioni, la prima di 1 cmc., la seconda di 2 cmc.

Nei 5000 militari vaccinati in tal modo non si sono osservate reazioni più frequenti e più intense di quelle che si hanno col solito vaccino T. A. B. contenente tre volte meno di germi. Anche una prima dose di 1 cmc. e mezzo, che può essere sufficiente per immunizzare, è perfettamente tollerata.

Nel sangue dei vaccinati furono dimostrate agglutinine in quantità non inferiore a quelle che si ottengono col solito vaccino polivalente.

g. s.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(864) *Liquido di Dakin e ipoclorito di sodio.* — L'abbonato 2617 richiede se, nella preparazione del liquido di Dakin, invece di usare i varî componenti per avere poi la soluzione di ipoclorito di sodio, non si potrebbe usare addirittura quest'ultimo.

L'ipoclorito di sodio (come anche quello di potassio) non è conosciuto che allo stato di soluzione, e si ottiene appunto allo stesso modo come lo prepara il Dakin, oppure nella grande industria per mezzo dell'elettrolisi di una soluzione di cloruro di sodio.

Quando si prepara con il metodo Dakin — il quale non fa altro che modificare la preparazione del liquore (od acqua) di Labarraque — per la reazione dell'ipoclorito di calcio con il carbonato di sodio, si ha formazione di carbonato di calcio, che precipita, e di ipoclorito di sodio. Siccome però l'ipoclorito di calcio, che è un prodotto impuro, contiene sempre una certa quantità di calce libera, questa reagisce a sua volta sul carbonato di sodio, dando luogo a formazione di carbonato di calcio e di soda caustica. Il liquore di Labarraque contiene dunque ipoclorito di sodio e soda caustica (l'acqua di Javelle preparata con carbonato di potassio, contiene invece i rispettivi composti potassici).

Per ovviare all'azione deleteria sui tessuti, che eserciterebbe la soda caustica, il Dakin aggiunge nella preparazione l'acido borico, che neutralizza tale composto in modo che la soluzione non deve arrossare in presenza di fenolftaleina (assenza di alcali libero) come fanno invece le acque di Labarraque e di Javelle, prima usate.

Allo stesso scopo M. Dufresne ha consigliato di aggiungere del bicarbonato di sodio che fisserebbe l'idrato di calce, trasformandolo in carbonato di calce; si ha però in tal caso la formazione di carbonato di sodio che l'A. ritiene (e noi gli lasciamo la responsabilità di tale affermazione) inoffensivo. FILIPPINI.

(865) All'abbonato n. 3226:

Un libro che fa al caso suo è il seguente: DADDI GIULIANO. *Manuale pratico di ricerche cliniche* (microscopia, chimica, fisica, fisica-chimica e batteriologia clinica). Società editrice libraria, 1910. Un vol. di oltre 700 pag. con figure e tavole. Prezzo L. 20. *Az.*

Malgrado i nostri ripetuti ammonimenti, continuano a pervenirci molti quesiti non firmati, ai quali non diamo esito.

Su richiesta degli abbonati, possiamo omettere il loro nome sul giornale e limitarci a contraddistinguere i quesiti con le iniziali, ovvero con il numero d'abbonamento; ma è necessario che gli scriventi ci si facciano conoscere.

VARIA.

La fisiologia e gli aviatori.

La conquista dell'aria ha portato ad affrontare dei nuovi problemi fisiologici, in rapporto alle nuove condizioni in cui l'uomo si trova esposto. Si sono già raccolti i dati che definiscono la sindrome del male degli aviatori, costituita essenzialmente da malessere generale, ronzio delle orecchie, bisogno di mingere, dispnea, tachicardia; tali disturbi che si osservano nell'inalzamento sono ancora più accentuati nella discesa, e si aggiungono allora senso di calore al viso, cefalea, sonnolenza.

Tali disturbi non sono dovuti al fatto del rapido abbassamento di pressione, come si osserva, p. es., nella malattia dei cassoni in cui ritornando dalla pressione elevata a quella atmosferica si mettono in libertà delle bollicine di azoto che possono costituire degli emboli gazosi nel cervello, dando paralisi od anche la morte. Nel caso degli aviatori l'innalzamento non è mai tanto rapido perchè si possano verificare tali fenomeni, e quindi i disturbi degli aviatori devono attribuirsi essenzialmente al *deficit* di ossigeno e possono anche venire riprodotti senza abbandonare la terra ferma, respirando una miscela di gas con ossigeno in quantità insufficiente. Tale *deficit* di ossigeno non si verifica solo per l'uomo ma anche per il motore dell'aeroplano, per cui questo, giunto ad una certa altezza, non sale più, a meno che non venga attivata la combustione per mezzo di una provvista di ossigeno.

Questi disturbi possono essere tanto intensi da produrre ottundimento delle facoltà mentali ed anche svenimenti; ad essi probabilmente sono da riferirsi molte disgrazie aviatorie, altrimenti inesplicabili. Talvolta, per fortunate combinazioni l'aviatore ritorna incolume come nel caso dell'ing. Guidi che, pochi mesi or sono, giunse all'altezza di m. 7900 battendo i precedenti *records;* poi sentendo la respirazione difficile ed essendo finita la provvista di ossigeno, spense il motore ed improvvisamente svenne; riscuotendosi solo qualche tempo dopo, vide che il barometro segnava l'altitude di 5000 m. In grazia della stabilità dell'apparecchio era disceso di 3000 m. circa senza precipitare, fino a che la pressione parziale dell'ossigeno era divenuta sufficiente per rianimarlo.

L'organismo reagisce a questo *deficit* di ossigeno con uno stato di acidosi, che tende a ristabilire un compenso mediante l'aumento del numero delle respirazioni. Quando poi l'esposi-

zione alla basse pressioni dura a lungo, il sangue aumenta la sua capacità di trasportare l'ossigeno, mediante l'aumento nel numero delle emazie e nel contenuto di emoglobina: fatti analoghi si osservano nei primi tempi di soggiorno ad altitudini elevate.

Secondo le recenti ricerche di Haldane, sarebbe da ammettersi una secrezione attiva dell'ossigeno nei polmoni in seguito al bisogno provocato dall'altitudine. Ne verrebbe da ciò la conclusione pratica di acclimatare gli alpinisti e gli aviatori, prima della partenza agli effetti di atmosfere povere d'ossigeno in modo da aumentare la capacità dei polmoni e secernere ossigeno e proteggere così l'individuo contro i possibili danni.

Concomitanti ai disturbi respiratorii sono le alterazioni del circolo: l'apparecchio cardiovascolare chiamato ad adattare il suo sforzo a delle condizioni di ambiente tanto diverse dalle normali e tanto mutevoli, si stanca rapidamente. Si stabilisce uno stato di ipotensione arteriosa, tanto più accentuata quanto più rapide furono le ascese e soprattutto le discese, ed una anemia cerebrale, che è probabilmente la causa delle sensazioni di sonnolenza, di vertigini, di deliquio, che molti aviatori accusano.

Il Gemelli, che ha studiato accuratamente lo andamento del polso, del respiro e della pressione sanguigna durante i voli ha rilevato un aumento della frequenza del polso in relazione all'altitude raggiunta, un aumento minore nella frequenza del respiro ed in complesso lo stato di ipotensione arteriosa a cui si è dianzi accennato. Egli, oltre a richiedere che gli aviatori vengano accuratamente esaminati per quanto riguarda gli apparecchi circolatorio e respiratorio, insiste per l'esame psico-fisico, che permetta di riconoscere elevati e pronti poteri di attenzione e di osservazione e resistenza all'emotività, rapidità nelle reazioni dell'attività psicomotrice. Alla deficienza della costituzione psico-fisica del pilota sono da attribuirsi pure molte delle cadute durante il volo. Per l'aviazione di guerra l'eccellenza della costituzione organica psico-fisica è poi essenziale, tenuto conto di tutti gli elementi psichici che concorrono ad aumentarne le difficoltà e dei rapidi cambiamenti di altitudine di posizione (inclinazione, cerchio della morte, ecc.) che sottopongono a ben dura prova tutto l'organismo e che per noi omuncoli miseramente attaccati alla terra ferma destano un senso di ammirazione e di meraviglia.

FIL.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

FRANK SHERMAN MEARA. *The treatment of acute infections diseases*. Un vol. in-8° di pag. 540 rilegato. The Macmillan Company. New York, 66 Fifth Avenue. Prezzo doll. 3.50.

L'A. in questo libro, studia dapprima in due capitoli a parte il trattamento generale della febbre e la dieta nelle malattie infettive acute, argomenti questi, di estrema importanza specialmente data la tendenza che persiste tuttora di nutrire insufficientemente questi ammalati. Segue poi il trattamento per ogni speciale malattia, delle sue complicazioni, della convalescenza, con una quantità di consigli pratici, trascurati in molti altri libri del genere che possono invece riuscere preziosi; quanti giovani medici non si troverebbero imbarazzati nel dare le indicazioni per allestire un impiastro, nella applicazione del tubo rettale, ecc.? Un altro vantaggio per noi, poco avvezzi ai pesi e misure inglesi è che l'indicazione di questi è seguita dai corrispondenti valori nel sistema decimale, sicchè nella consultazione, ci vengono risparmiati dei calcoli noiosi. *ini.*

Dott. H. BOUCQUILLON-LIMOUSIN. *Formulaire des médicaments nouveaux pour 1918*. Un vol. in-8° di pag. 350, rilegato. Frs. 4. Parigi, 1917; J.-B. Baillière et fils, editori.

Tra i rimedi nuovi che figurano in questa edizione del notissimo manuale di Boucquillon-Limousin sono i seguenti: alival, arsalite, arsenion, azufrol, baptina, cromoformio, cignoline, nitramina, mercoide, ovogal, ossipinene, chineonal, rodoformio, sintalina, teociclone, tromboplastina, tungstato di calcio, ecc.; oltre alle novità sono raccolti in questo lavoro tutti i farmaci più importanti degli ultimi anni: complessivamente fa posto ad oltre 500 voci. Di ogni rimedio l'A. espone la composizione, l'azione fisiologica, le proprietà terapeutiche, il modo di uso, il dosaggio.

L'A. non si è contentato, per questa edizione, di una revisione sommaria ed affrettata della precedente, ma ha rimaneggiato tutto il lavoro.

Un dizionario dei sinonimi permette di sostituire le specialità tedesche con gli equivalenti non specializzati. R. B.

Pubblicheremo prossimamente:

A. PIPERNO, *Le cure dentarie ai militari in zona di guerra;*

L. ALAJMO, *Il tracoma nell'Esercito.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sulla riforma delle consulenze d'armata.

Da tempo era noto che il Comando Supremo e l'Intendenza generale attendevano a preparare per la Zona di Guerra una sistemazione delle consulenze medico-chirurgiche in base all'esperienza della guerra attuale.

Ragioni di economia e di tecnica ospedaliera e di servizio consigliavano tale riordinamento, che era vivamente atteso. Ma se la riforma è tale quale viene annunciata, rappresenterebbe una delusione.

Le consulenze d'armata erano la chirurgica, l'oculistica, la stomatoiatrica, la psichiatrica (in alcune armate abbinata con la neurologica), la dermatologica, l'oto-rino-laringoiatrica; v'era infine un anatomo-patologo, con ufficio di settore.

Il còmpito di tali consulenze, nella mente di chi le istituì, era dei più lodevoli e utili: nel complesso delle formazioni sanitarie della zona di guerra, il consulente — persona di sicura dottrina e di alta autorità nel proprio ramo — non doveva portare, ad ogni chiamata, come nell'esercizio professionale in tempo di pace, solo il consiglio di una lunga esperienza nei casi di difficile diagnosi, di ambagi terapeutici o di interventi gravi, ma anche e sopratutto rispondere a un criterio «di guerra», cioè all'*urgenza del soccorso*.

Per i feriti o malati trasportabili, di diagnosi o di cura per quanto ardua, la necessità del consulente era meno sentita, poichè con il loro trasferimento in ospedali di tappa o territoriali, essi trovavano l'ambiente nosocomiale adatto. Ma per i feriti o malati intrasportabili che presentassero elementi di preoccupazione per il medico a cui erano affidati, il consulente ha rappresentato, e rappresenta tuttavia, un sussidio e un conforto non mai a sufficenza apprezzato: entro poche ore dalla chiamata, con la mirabile rete stradale oggi esistente anche nelle zone un tempo impervie della nostra fronte, accorrono il chirurgo, l'oculista, l'otoiatra e il laringoiatra — e quante vite non hanno salvato!

Dati tali beneficii non s'intende come si sia creduto di fare a meno di una consulenza medica, quasi che tutte le malattie che colpiscono i soldati in campo — e questo purtroppo è un pregiudizio di cui molti sono tuttavia inficiati — fossero banali e alla loro cura tutti i medici fossero adatti!

Ora la riforma tanto ponderata — almeno così imaginiamo dalle more dell'attesa — ha avuto per unico risultato questo: la soppressione della consulenza oto-rino-laringoiatrica. Sembra enorme, ma è così.

Quando si pensi che l'attuale ordinamento delle nostre università fa che i medici possano laurearsi pur ignorando affatto i rudimenti e le linee generali dell'otoiatria, manchevolezza che si ripercuote nell'esercizio professionale e della medicina militare (e di ciò si hanno qui in zona di guerra continui e non sempre edificanti esempi), il valore di molti reparti speciali e della consulenza oto-rino-laringoiatrica si dimostrava evidente. Si aggiunga che la oto-rino-laringologia è branca che ha necessità, metodi, strumentario, insomma una individualità così a sè, che nessun chirurgo, per quanto abile e colto, può presumere di saperla esercitare completamente e in modo rispondente alle esigenze moderne. E come si comporteranno quanti dovranno d'urgenza prendere una súbita decisione e intervenire nei molti casi di ferite e di lesioni flogistiche delle prime vie respiratorie e dell'orecchio e delle sue dipendenze craniche, in cui l'indugio anche di poche ore è fonte di danno mortale?

Fra gli insegnamenti nel campo medico, che ci illudevamo avesse arrecato questa guerra, vi era quello, da tutti riconosciuto, della utilità della opportuna collaborazione dell' oto-rino-laringologia con gli altri rami dell'arte salutare. Nuovi capitoli di patologia erano stati forniti dai mezzi bellici dell'immane conflitto alle cure dell'otoiatra (i frequentissimi *fenomeni da scoppio* con tutto il corteo di fatti psico-neurotici consecutivi; le afonie e i mutismi da emozione, ecc.); come pure il laringologo aveva richiamato sovente a provvidenze profilattiche e curative nei casi di tubercolosi laringea iniziale, sfuggiti con grave danno individuale e collettivo. Infine l'oto-rino-laringologia si era dimostrata di sommo interesse nel mantenere salda la disciplina nelle file dell'esercito, con l'impedire e il denunciare le frodi dei simulatori e degli auto-lesionisti: gli archivi dei nostri tribunali militari sanno di quanto lavorò siano debitori agli otoiatri.

Tutto questo è stato posto in dispregio; e volendo fare la riforma, si è *tout court* cancellata la specialità dal ruolo delle consulenze.

Si dirà: — dunque voi presumete che avreste fatto di meglio? — Meglio forse no, ma diversamente sì. — E a che servirebbe la critica se fosse tanto facile prevenirla?

Senza volere istituire paragoni, sempre odiosi, nè tentare una gerarchia nella scala delle suddivisioni delle scienze mediche, cosa che non ha senso, vogliamo soltanto domandarci: rispondono le attuali consulenze al criterio fondamentale per cui sono state create, cioè «al conforto di un autorevole giudizio recato al letto del malato con la massima rapidità possibile?» No, evidentemente: a tale scopo dovevano esistere soltanto la consulenza chirurgica, la medica, l'oftalmologica e la oto-rino-laringoiatrica. Imaginate voi la necessità di chiamare nella vita bellica un consulente dermatologo? Impiantate reparti speciali il più possibile, forniteli del necessario, ma non altro.

La stomatoiatria ha raccolto in questa guerra benemerenze inobliabili e non dianzi sospettate: i feriti e i mutilati della faccia hanno tratto benefici immensi dai numerosi reparti speciali, dotati di ricchi laboratori, di meccanici, di auto-ambulanze.

Questo ramo si è acquistato un posto d'onore nella chirurgia del capo; ma ancor qui non v'è necessità di consulenza, poichè si tratta sempre di feriti che richiedono una lunga degenza in reparti *ad hoc* e la cui cura non può essere fatta che in questi.

Quanto alla psichiatria, *i casi*, come per Petrolini, *sono due*: o si tratta di simulatori oppure di vesanici, epilettici, deficenti, ecc., veri e propri, e in ambedue le evenienze occorre la loro ospedalizzazione, il loro isolamento, magari fuori zona, per un lungo periodo di osservazione prima di potere formulare un giudizio. In ogni caso sono soldati militarmente inutilizzabili e in cui la cura è presso che negativa. Per tutto il lavoro medicolegale, per le perizie richieste dai tribunali ad afflizione dei colleghi psichiatri, bastano i reparti speciali; come pure il lavoro di collaborazione del neurologo col chirurgo per gli interventi sul sistema nervoso centrale e periferico, deve svolgersi soltanto in un grande ospedale.

Ma, ormai, cosa fatta capo ha. E qui, senza entrare nell'esame delle cause, più o meno plausibili, di così abortiva riforma, tronco netto il periodo che l'amarezza potrebbe troppo affilare.

x. b.

Ufficiali medici esonerati.

Riceviamo e pubblichiamo:

Leggo sul fascicolo 35 del *Policlinico* una puntata sugli «*esoneri dei medici dal servizio medico militare*», e permetta ch'io, non solo mi associ alla opinione espressa dall'abbonato G., ma vada ancora più avanti nel senso che — senza restrizione di classe di nascita — richiamerei anzitutto dal congedo *tutti gli ufficiali medici esonerati* (molti dei quali sono giovani) facendoli sostituire da assimilati come quelli che hanno poca o nessuna pratica militare, mentre nel servizio civile potrebbero rendersi più utili alla società.

Toglierei poi gli esoneri non dal 76, ma includerei tutti i medici appartenenti alle classi che son sotto, e cioè dal 74. Così non si parlerebbe più di privilegiati.

Conveniamo anche noi che di fronte alle supreme necessità della Patria ogni cittadino ha il dovere del sacrificio, e pertanto non vi è medico che cercherà di esimersi al conseguimento delle alte finalità che l'attuale guerra c'impone. Ben vengano adunque le proposte: noi le accoglieremo con entusiasmo.

Per un gruppo di medici
Abb. 1575».

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

Lega Sanitaria di Difesa Nazionale.

Proposta e caldeggiata dai proff. Maranelli e Bossi, questa Lega è intesa a tutelare la coltura e la produzione dell'Italia nel campo sanitario; a tradurre in un organismo vitale la salda volontà di sottrarre la nostra nazione al vassallaggio straniero.

Non mancano all'Italia le menti geniali, le volontà operose, i pensatori profondi, gli studiosi indefessi, i tecnici abili, gli industriali onesti e laboriosi. È mancata finora la fusione armonica delle virtù nazionali promossa e mantenuta dal nobile desiderio di gareggiare con le altre nazioni nella scienza, nei commerci, nelle industrie, e dalla sublime ambizione di tenere alto il nome della Patria È a questa fusione che vengono chiamati a contribuire i medici d'Italia.

L'*Avvenire Sanitario* del 26 giugno, pubblicava il seguente programma della Lega:

«1° Liberare la cultura scientifico-sanitaria Italiana dalla influenza, sopratutto, della cultura tedesca che era gradatamente giunta a spegnere la genialità della cultura nostra latina anco nelle migliori sue tradizioni.

A tal uopo dovrà affidarsi a speciale Comitato il compito di promuovere e coadiuvare, sia a mezzo delle Associazioni mediche, sia del Governo, una maggiore produzione e una più facile diffusione così all'interno che all'estero delle opere mediche dei connazionali, ed in ispecie dei trattati nei varî rami di cultura medica, da sostituirsi alle traduzioni di trattati stranieri.

Deve cessare quel triste chauvinismo alla rovescia che ci faceva lodare e prediligere ciò che ci veniva di oltr'Alpe quasi incondizionatamente.

2° Far risorgere nel campo universitario la *Bononia docet* che fu soppiantata dalla... Berlino docet, e qundi sono a studiarsi e applicarsi pel dopo guerra tutti i mezzi che valgano a richiamare nei nostri Atenei i colleghi stranieri che ora insieme agli Italiani si recano a popolare gli Istituti tedeschi con grande danno dell'indirizzo, del prestigio e dell'interesse della cultura latina.

3° Promuovere una maggior diffusione all'estero della produzione scientifico-sanitaria nostra, in ispecie dei nostri Periodici medici, e ciò con una specie di alleanza, dirò, cooperativa fra scrittori di opere mediche e fra i varî Periodici che possano stabilire dei corrispondenti «ad hoc» in tutto il mondo, usufruendo anco dell'aiuto delle nostre rappresentanze all'Estero.

4° Riunire in un solo sodalizio *di difesa sanitaria nazionale* professori universitarî dei varî rami della medicina, medici provinciali, medici professionisti, farmacisti e industriali di prodotti chimico-farmaceutici, allo scopo di tutelare nel contempo e la coltura e la produzione terapeutica nazionale».

In riunioni e congressi appositi verranno studiate le modalità per raggiungere l'intento.

E frattanto converrà costituire un Comitato Provvisorio dove siano rappresentate le varie categorie sanitarie, il quale appunto sia incaricato di preparare un programma di organizzazione e di azione.

Sono già pervenute moltissime adesioni ai promotori di questo movimento di emancipazione e di elevazione scientifica, professionale e industriale.

Ci è grato di dare anche il nostro plauso cordiale ed il nostro pieno assentimento alla utile e simpatica iniziativa.

La Lega ha sede in Milano, via Dante 2.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Istituzione di una direzione generale di sanità militare.

Riportiamo il Decreto luogotenenziale 23 agosto 1917, n. 1349, di cui nel fascicolo scorso:

Vista la Legge ecc.;

Considerata la necessità e l'urgenza di provvedere stabilmente con necessità di indirizzo e con coordinazione di mezzi, all'organizzazione e al funzionamento di tutto il servizio sanitario militare ed ausiliario, così presso l'esercito mobilitato come in paese, sia durante il periodo della guerra, sia per l'avvenire;

Abbiamo decretato e decretiamo:

Art. 1. — Per la durata della guerra e 6 mesi dopo è istituita nel Ministero della guerra la Direzione generale di sanità militare per la trattazione di tutte le questioni relative al personale, al materiale ed al servizio sanitario militare ed ausiliario.

In conseguenza sono nominati nell'Amministrazione centrale della guerra per la durata della guerra i seguenti funzionari:

1 direttore generale (ufficiale generale medico);

1 vice direttore generale (maggiore generale medico o colonnello medico);

2 direttori capi di divisione di 2ª classe (colonnelli medici o tenenti colonnelli medici);

6 capi sezione di 2ª classe (tenenti colonnelli medici o maggiori medici).

Per la durata della guerra inoltre saranno collocati fuori ruolo organico del personale amministrativo dell'Amministrazione centrale della guerra due direttori capi divisione e cinque capi sezione di 1ª classe.

Art. 2. — Alla maggiore spesa dipendente dal presente decreto si provvederà coi fondi straordinari inscritti nello stato di previsione della spesa del Ministero della guerra per le spese della guerra.

Art. 3. — Il presente decreto andrà in vigore il giorno della sua data.

Per l'assicurazione operaia contro le malattie.

Accogliendo i voti manifestati dal Senato durante la discussione del disegno di legge sugli infortuni del lavoro in agricoltura, ed in conformità degli affidamenti già dati, il ministro dell'Industria e Lavoro on. De Nava, d'accordo con l'on. Orlando, ministro dell'Interno, ha provveduto perchè siano prontamente iniziati gli studî per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie. A tal fine, con Decreto luogotenenziale del 23 agosto, è stata costituita una Commissione nella quale sono compresi rappresentanti degli industriali e degli operai, degli agricoltori e dei lavoratori della terra, rappresentanti della Federazione delle Società di mutuo soccorso, medici, tecnici in materia di assicurazione ed altre persone, che, per ragioni professionali e per precedenti studi, sono particolarmente competenti nell'argomento. La Commissione, che è presieduta da S. E. il sen. Perla, Presidente del Consiglio di Stato, è incaricata di fare gli studî necessari per la preparazione di uno schema di disegno di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie, tenendo conto, per un conveniente coordinamento, delle disposizioni vigenti sull'assistenza medica ed ospedaliera, sulla tutela della maternità e sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortunî sul lavoro, nonchè degli istituti di previdenza e di beneficenza esistenti. La Commissione inizierà fra breve i proprî lavori. Intanto la Direzione generale del Lavoro e della Previdenza sociale ha già cominciata la raccolta degli elementi di studio.

Alla Federazione Nazionale della Mutualità e Previdenza, recentemente ricostituita su nuove basi in vista della assicurazione obbligatoria contro le malattie, sotto la Presidenza dell'on. Eduardo Soderini, hanno dato o rinnovato la loro adesione in una quindicina di giorni, circa 1500 Società e Casse di M. S. di tutte le regioni d'Italia.

Una Commissione della Federazione — che ha sede in Genova — accompagnata dall'on. L. Tovini e composta dei signori dott. G. B. Valente, da essa incaricato dî preparare uno schema di disegno di legge sull'assicurazione malattie, Augusto Ciriaci e Lamberto Giannitelli, ha fatto visita ai Ministeri dell'Industria, C. e L. e delle Finanze, per chiedere in proposito informazioni. Al primo dei due Ministeri, la Commissione è stata accolta dal Sottosegretario on. Morpurgo, al secondo dal cavalier Sigismondi, capo di Gabinetto.

Il dott. F. B. Valente, che è pure Segretario generale della Federazione Nazionale Mezzadri e Piccoli affittuari, presentava anche un elaborato memoriale di questa stessa Federazione in unione a quelle dei Piccoli proprietari e dei Lavoratori agricoli, in merito alla assicurazione infortuni agricoli.

Dott. Prof. VASCO FORLÌ.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6979). *Inscrizione all'Ordine dei sanitari da parte di militari.* — Dott. D. L. da B. — Anche durante il servizio militare è obbligatorio mantenere l'iscrizione nell'Ordine dei sanitari. Se quello presso cui è inscritto non corrisponde ai suoi interessi, può ben promuovere ed ottenere il passaggio della iscrizione presso l'Ordine di quella Provincia, ove più stretti sono i vincoli degli interessi professionali ed ove abbia maggiore convenienza per ragione di residenza.

(6981) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abbon. 1804. — Pel D. L. del 26 luglio scorso, n. 1181, hanno diritto alla indennità caro-viveri tutti gli impiegati municipali e, quindi, anche i medici condotti. Non è spiegabile il rifiuto opposto dal Municipio a corrispondergliela. Scriva lettera al Sindaco chiedendo la indennità e facendo menzione del succitato D. L. Se si persisterà nel rifiuto ne riferisca novellamente per poterle indicare la migliore via da seguire.

(6982) *Indennità caro-viveri.* — Dott. N. G. da S. — Percependo lo stipendio netto di lire 418 mensili non ha diritto alla indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 26 luglio, n. 1181.

(6983) *Indennità caro-viveri.* — Dott. C. M. da M. — La indennità caro-viveri, cui Ella ha diritto, va ripartita fra il Comune capoluogo e l'altro presso cui presta servizio a scavalco, e ciò perchè il D. L. del 26 luglio, n. 1181, tassativamente determina che prestandosi servizio fra diversi enti pubblici locali, ognuno di questi, in proporzione dello stipendio che corrisponde, deve contribuire per la indennità caro-viveri dovuta al sanitario. La frase *enti pubblici locali* usata dal precitato D. L. deve interpetrarsi in contrapposto agli enti *pubblici centrali* che sono rappresentati da quelli che, stando nel centro, hanno giurisdizione sulla intera circoscrizione territoriale del Regno.

(6984) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. A. da U. la C. — L'articolo 1°, capoverso 2° del D. L. del 26 luglio ultimo, n. 1181, tassativamente determina che agli impiegati, agenti e salariati che prestano servizio in diversi enti pubblici locali viene corrisposta una unica indennità, che viene ripartita a carico di ciascuno degli enti obbligati, proporzionalmente agli stipendii dovuti. Ella, quindi, deve percepire una unica indennità, che sarà ripartita fra tutti i Comuni presso cui presta servizio.

(6985) *Concorsi a posti di medico condotto.* — Dott. A. F. M. — Le copie dei documenti che si presentano facoltativamente ai concorsi di medico condotto debbono essere redatti in carta da bollo da lire 3.00 ed autenticati e collazionati conformi all'originale da un pubblico ufficiale. Gli originali vanno esibiti come sono, senza alcuna formalità di bollo. Le autenticazioni di firma sono eseguite dai Prefetti e dai Sottoprefetti mercè l'apposizione di una marca da bollo di lira 1.25. Le firme delle lettere di nomina sono autenticate nel medesimo modo.

(6986) *Percentuale in base al numero dei poveri inscritti nello elenco.* — Dott. A. S. da R. — Se la condizione di percepire la percentuale non è contenuta nel capitolato, che regola la condotta che gestisce il collega non può pretendere alcuno speciale compenso durante il periodo di supplenza. Se il numero dei poveri contenuto nello elenco sia eccessivo, può chiedere al Comune una speciale gratificazione.

(6987) *Pensioni.* — Dott. abb. 1182. — Con 30 anni di servizio e 57 di età liquiderà l'annua pensione di lire 1501.40, tenuto conto del contributo maggiore pagato per dieci anni. Con 33 anni di servizio e 60 di età, liquiderà, invece, la pensione di lire 2055.18.

(6989) *Indennità caro viveri. - Supplenze. - Congedi.* — Dott. C. C. da M. — L'indennità di cavalcatura non si può cumulare nello stipendio agli effetti della corrispondenza del caro viveri. Percependo lo stipendio di L. 4125 ha, quindi, diritto di ricevere il caro viveri disposto con D. L. del 26 luglio pp., n. 1181. Stando al chiaro disposto del capitolato, allorchè Ella si assenta per non più di mezza giornata, non ha obbligo di provvedere alla propria sostituzione: a tale obbligo è tenuto sol quando l'assenza si debba prolungare oltre la mezza giornata ed anche, in tal caso, quando se ne determini effettiva necessità.

Il divieto della concessione del congedo annuale sussite ancora. Però non è escluso che in caso di necessità e di comprovato bisogno possa essere concesso al medico condotto un congedo, se non della durata massima di un mese, almeno di giorni quindici, così come si pratica per tutti gli impiegati governativi. Se il Comune, pur non essendovi speciali ragioni locali, si rifiuti ad accordarle un qualsiasi periodo di riposo, può ricorrere alla G. P. A. che è investita di speciale potere in merito.

(6990) *Congedo annuale.* — Dott. S. C. da B. — Non ancora è stata revocata la disposizione con cui si vieta ai Comuni di accordare congedo ai proprii medici condotti. Però non è escluso che in caso di necessità e di comprovato bisogno possa essere concesso al medico condotto un congedo, se non della durata massima di un mese, almeno di giorni 15, così come si pratica per tutti gli impiegati governativi. Se il Comune, non ostandovi speciali ragioni, si opponga alla concessione richiesta, Ella può ricorrere alla G. P. A. che è investita di speciale competenza in materia.

(6992) *Ordine dei sanitari della Provincia. - Cassa di previdenza dei medici condotti.* — Dottor F. S. da V. — Anche durante il servizio militare si è obbligati a pagare il contributo annuo per l'Ordine dei sanitari della Provincia. La mancanza di pagamento può produrre l'interdizione dell'esercizio professionale e tale interdizione potrebbe essere la grave conseguenza di essere licenziato dal posto di medico condotto.

È il caso, a nostro avviso, di mettersi in regola. Durante il servizio militare può rimanere inscritto alla Cassa di previdenza, sempre quando il sanitario, a mezzo del proprio comune, dichiari di continuare a versare il relativo contributo. Tale contributo è anticipato dal Comune salvo rivaler-

sene sullo stipendio ad assegno attuale o futuro del sanitario o sulla pensione che gli sarà eventualmente assegnata. Ciò risulta tassativamente dal D. L. 7 febbraio 1916, n. 221, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 4 marzo 1916, n. 53.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. G. Z., da V.:

La chiamata avverrà dal 25 settembre al 31 ottobre. I medici verranno precettati personalmente dal Comando del Distretto che fisserà la settimana nella quale i singoli gruppi si dovranno presentare a Firenze.

Solo per impellenti ragioni di servizio pubblico la chiamata può essere procrastinata.

All'abb. n. 1271:

La non idoneità ad assumere il grado di capitano presunta dalla Commissione tecnica aggiudicatrice non è dipesa dalla mancata idoneità fisica a disimpegnare i servizi mobilitati, ma da che la Commissione suddetta pretende oltre il titolo dei 15 anni di vita professionale, anche quello di *aver dato prova di saper coprire le funzioni di medico militare inerenti a tal grado.* Ora, a quanto pare, tale prova la Commissione non ha potuto avere.

Se alla visita che dovrà passare a Firenze sarà riconosciuto abile ai soli servizii sedentari, avrà il grado di sottotenente.

Al dott. X. Y.:

Se il collega crede che il direttore di sanità del Corpo d'Armata commette degli abusi di autorità nell'ospedale da lui diretto, può mettersi a rapporto con il Direttore di Sanità d'Armata dal quale tanto lui che il Direttore incriminato dipendono.

All'abb. n. 742:

Il collega essendo passato nel ruolo di complemento ha ormai abbandonato quello della Milizia Territoriale e non può quindi essere promosso al grado superiore che per l'acquisto di nuovi titoli accademici o per l'art. 13 (merito eccezionale).

All'abb. n. 6921:

Il servizio di un medico borghese ad un distaccamento militare è sempre retribuito, salvo che non vi siano delle speciali convenzioni tra l'amministrazione comunale e quella militare. In genere viene preferito per adempier tale servizio quello fra i medici del Comune che è ufficiale medico in congedo.

Il terzo quesito non è di competenza della rubrica.

All'abb. n. 8028:

Riscontri sul foglio di supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* del 24 maggio 1917, n. 923.

All'abb. n. 1265:

L'esonero ai padri di 4 figli riguarda soltanto i militari di truppa. Siccome al collega compete il grado di ufficiale, egli non potrà godere di tale beneficio.

Come prima nomina il collega avrà il grado di tenente, e solo dopo un periodo di servizio che lo dimostri atto a coprire il grado superiore sarà promosso capitano, avendo oltre 15 anni di laurea.

Al dott. G. C., Zona di Guerra:

Se la proposta di avanzamento è stata inviata al Ministero, il collega ha pieno diritto alla promozione.

All'abb. n. 6216:

Essendo già stato nominato ufficiale, non occorre che il collega si presenti alla Commissione di Firenze. Si dovrà invece presentare alla Direzione di Sanità di Palermo, per essere assunto in servizio.

Al dott. G. C., Zona di Guerra:

Il collega è stato realmente promosso col bollettino n. 65 del 31 agosto u. s.

All'abb. n. 8836:

Per *merito di guerra* i tenenti medici di complemento possono esser nominati effettivi conservando la propria anzianità di grado.

All'abb. n. 6780:

I tenenti medici messi sul quadro di avanzamento con anzianità 23 dicembre 1915, sono già in via di promozione.

Occorre però che pervengano al Ministero i relativi specchi.

Al dott. R. M., Zona di Guerra:

Non è per ora stata pubblicata alcuna circolare che estenda l'avvicendamento ai medici della classe 1878, mobilitati fino dall'inizio della guerra.

All'abb. n. 4630:

Vale la stessa risposta.

All'abb. n. 4904:

Le verrà conferito probabilmente il grado di capitano. Presenti pure i documenti riassuntivi del suo stato di servizio vidimati dal Prefetto insieme agli altri titoli.

Al dott. G. G., Zona di Guerra:

I tenenti medici effettivi e di complemento sono ora inscritti nel quadro di avanzamento fino all'anzianità del 1° maggio 1916 e non 1° aprile 1917, come sembra ritenere il collega.

Ciò posto, la sua promozione non può aver luogo per ora.

Al dott. R. G. da G.:

Il collega può far sempre risultare il suo diritto all'esonero, e se ritiene di aver tale diritto è bene che ne faccia far *subito* le relative pratiche.

Al dott. U. R. da R.:

Se il collega è un ufficiale dispensato per infermità non deve rispondere alla chiamata dei riformati che riguarda i soli militari di truppa.

All'abb. n. 5967:

Può far risultare la sua condizione di non idoneità alla Direzione di Sanità da cui dipende.

All'abb. n. 8970:

Il collega ha già diritto alla promozione. Se tale promozione non è stata pubblicata significa che il suo *specchio di proposta* non è pervenuto al Ministero.

All'abb. n. 3298:

Tutti i riformati devono rispondere alla chiamata.

Non avendo ancora 15 anni di laurea e gli altri titoli prescritti, avrà il grado di tenente. Potrà

presentare i suoi titoli di oculista alla Direzione di Sanità da cui dipenderà.

All'abb. n. 5078:

Può essere promosso maggiore anche rimanendo nel ruolo della Milizia Territoriale. Ma data la sua poca anzianità di promozione al grado di capitano non è ancora prevedibile l'epoca di tale promozione.

Al dott. D. C. A., Zona di Guerra:

Il collega è stato realmente promosso con la dispensa n. 65 del bollettino del 31 agosto u. s.

Al dott. B. F. da P.:

Per rispondere occorre conoscere con che grado e quindi con che stipendio presta servizio.

All'abb. n. 7765:

Al collega spetta quello dei due stipendii che è superiore, e per il quale certamente opterà.

All'abb. n. 4674:

Anche in base al nuovo elenco delle infermità il collega verrà riformato, data la sua ambliopia che gli diminuisce il visus a meno di 1/12 in un occhio.

Al dott. A. M., da G.:

Avendo compiuto il 2° anno di medicina, se dichiarato abile, suo figlio sarà assegnato ad una compagnia di sanità.

All'abb. n. 7968:

Nessuno viene iscritto sui quadri di avanzamento *di ufficio* perchè il Ministero non ha modo di conoscere l'idoneità dei singoli ufficiali a coprire il grado superiore. Occorre la proposta da parte del Direttore dell'Unità Sanitaria, alla quale appartiene.

Al dott. L. C., Zona di Guerra:

Le norme che vigono per l'avvicendamento sono sempre le stesse:

Aver compiuto 40 anni di età ed aver più di un anno di servizio in Zona di Guerra.

Non vi è nessuna disposizione recente che modifichi tale regola.

All'abb. n. 6344:

Certamente.

All'abb. n. 8823:

Se il collega crede di aver diritto ad essere esonerato, data l'indispensabilità delle sue funzioni, può provocare tale dichiarazione dall'autorità prefettizia da cui dipende.

Se invece si ritiene inabile per le varici da cui è affetto, potrà chiedere di essere sottoposto a visita collegiale.

Sono però due pratiche diverse che nulla hanno di comune fra loro.

All'abb. n. 1835:

Malgrado le ripetute riforme, dovrà recarsi alla visita presso la Commissione di Firenze.

M. G.

N. B. Avvertiamo che:

Non si risponde ad anonimi;

Non si risponde a quesiti che riguardano terzi;

Non si risponde a quesiti d'indole esclusivamente personale;

Non si risponde privatamente.

CONDOTTE E CONCORSI.

Premio Beretta.

Il Municipio di Milano comunica: Il dott. Ambrogio Beretta, morto il giorno 17 del corr. mese, e che fu per qualche tempo intelligente ed apprezzato medico municipale, con suo testamento olografo legava al Comune di Milano settemila lire di rendita annua del consolidato 3,50 per cento del debito pubblico corrispondente a L. 200,000 di capitale nominale allo scopo «di istituire un premio biennale «da conferire al miglior lavoro di clinica medica «o di anatomia patologica. Al premio non potranno «concorrere che i medici aventi stabile residenza da «oltre 5 anni in Milano o nella Provincia di Milano, «e che non abbiano oltrepassato 12 anni dalla lau«rea. Dal reddito biennale delle L. 200,000 verran«no levate 490 lire colle quali si farà coniare una «medaglia d'oro sulla faccia della quale verranno «incisi il casato e il nome del vincitore del premio, «e sull'altra faccia verranno incise le parole: *Pre«mio di Fondazione dottor Beretta Ambrogio* e «l'anno del concorso».

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nel Consiglio Superiore di Sanità.

Con Decreto ministeriale 21 luglio 1917, sono confermati: Golgi sen. prof. Camillo, *Presidente* e Marchiafava sen. prof. Ettore, *Vice-Presidente* del Consiglio superiore di sanità; Inghilleri sen. avvocato Calcedonio, Maggiora prof. Arnaldo e Moreschi dott. Bartolomeo, componenti la Giunta del Consiglio stesso, per la sessione ordinaria dell'anno corrente.

Il tenente colonnello medico dott. Emilio Marini, da Poggio Mirteto, già distintosi in Eritrea ed in Libia, è stato recentemente insignito di un'alta onorificenza militare inglese, per atti di segnalato valore compiuti nelle ultime azioni al nostro fronte.

Il cav. prof. Gaetano Angelici è stato promosso Ispettore centrale veterinario presso il Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità Pubblica).

Al valente studioso, che è stato a lungo nostro apprezzato collaboratore per la biologia e per l'igiene, facciamo i nostri cordiali rallegramenti.

ALBO D'ORO.

MEDAGLIA DI BRONZO

Marinacci Sertorio, capitano medico, medico-chirurgo negli Ospedali di Roma. — Costante esempio di attività ed abnegazione, con lodevole calma, serenità e sprezzo del pericolo, si adoperava a far mettere al riparo numerosi feriti durante un violento combattimento. (Selz, 14 giugno 1916).

Lampugnani dott. Antonio, **da Nerviano, Milano,** sottotenente medico 4° Regg. alpini. — **Benchè in**

condizioni fisiche depresse per una leggera ferita e per indisposizione, si offriva spontaneamente di seguire alcuni reparti alpini fin presso la fronte d'attacco, provvedendo, in zona assai esposta ai tiri avversari, alla medicazione ed allo sgombero di numerosi feriti. (Monte Nero, 22-23 luglio 1915).

NOTIZIE DIVERSE

Sanatorio per tubercolotici in provincia di Roma.

L'on. Zegretti e molti altri hanno presentato al Consiglio provinciale di Roma la seguente mozione, chiedendone l'immediata discussione:

«Il Consiglio provinciale, considerata la urgente necessità di affrontare il grave e impellente problema della cura della tubercolosi, invita la Deputazione a prendere accordi col Comune di Roma, e a secondare la iniziativa degli Ospedali riuniti, per erigere un Sanatorio, in cui possano essere accolti, senza difficoltà e limitazioni, anche i tubercolosi della Provincia».

Il Consiglio ne ha ammesso l'urgenza.

L'avv. Giovanni Pozzi e l'on. Zegretti molto efficacemente hanno illustrato l'opportunità e la necessità della mozione, che venne approvata ad unanimità fra generali approvazioni.

Pro reduci riformati per tubercolosi a Milano.

Si sono tenute a Milano due adunanze promosse dal Comune e presiedute dal pro-sindaco dottor L. Veratti, presidente dell'Ufficio VI di assistenza sanitaria per la guerra, allo scopo di discutere e deliberare circa i provvedimenti igienici, economici e finanziari per attuare la lotta antitubercolare, in vista principalmente della assistenza ai militari riformati per tubercolosi ed alle loro famiglie.

Furono adottate varie deliberazioni concrete e si procedette ad eleggere una Commissione, che eventualmente costituirà nel suo seno varie sotto commissioni.

Per l'insegnamento della medicina.

Il 4 settembre nell'Istituto di clinica medica si sono riuniti, sotto la presidenza dell'on. prof. Castellino, molti professori ufficiali della Facoltà medica e liberi docenti, per concertare il modo come ovviare al grave inconveniente che si verifica da due anni nell'Università di Napoli disertata dagli studenti di medicina i quali per disposizione militare devono frequentare i corsi dell'Università di San Giorgio di Nogaro e di Padova. Alla discussione presero parte i proff. Castellino, Pansini, Cucca, Gauthier, Oro, Pizzini e Cioffi. Fu stabilito di indire una grande riunione di professori ufficiali, pareggiati, dei corpi accademici e dei poteri cittadini per esprimere un voto al governo tendente ad impedire la continuazione di uno stato di cose che è di danno grave alla scienza ed agli interessi della città. Fu nominata una commissione, presieduta dal prof. Castellino e composta dai proff. Pansini, Cucca, Gauthier e Cioffi, incaricata di disporre il lavoro per la solenne convocazione in epoca da stabilirsi.

Un altro ospedale militare francese in Italia.

Una corrispondenza alla *Tribuna* informa che presso la stazione di Sparanise (Caserta) sono stati iniziati i lavori per la costruzione di un ospedale militare in più padiglioni, della capacità complessiva di 600 letti, istituito dal Governo francese allo scopo di ricoverarvi i propri soldati feriti provenienti dalla Macedonia. Il funzionamento del nuovo ospedale è preveduto pel febbraio del venturo anno, nella quale epoca si troverà sul posto tutto il personale occorrente di medici, infermieri e dame della Croce Rossa.

Convegno dei direttori ed amministratori dei brefotrofii.

Il 19 e 20 settembre nelle sale del Palazzo Provinciale a Roma avrà luogo l'annunziato convegno dei Direttori ed Amministratori dei Brefotrofii ed Istituzioni congeneri, promosso dal R. Stabilimento dell'Annunziata di Napoli e dal Brefotrofio di Roma. Saranno trattati argomenti di supremo interesse scientifico e sociale — oltre che nazionale — come si rileva dall'ordine del giorno diramato a tutti i Brefotrofii d'Italia che hanno già aderito e che manderanno i loro rappresentanti.

Questo convegno dovrebbe essere il preludio dell'attesa provvida legislazione italiana a favore dell'infanzia illegittima e legittima.

È perciò giustificata la grande attesa di tale convegno, del quale, a suo tempo, daremo largo resoconto.

Indice alfabetico per materie.

Aborto criminale e depopolazione . . Pag. 1158
Albuminurie all'inizio della tubercolosi polmonare . . . . » 1166
Amministrazione sanitaria . . . . . . » 1172
Aviatori: fisiologia . . . . » 1168
Consulenze d'armata: sulla riforma delle . . . . » 1170
Congelati: complicazioni neuritiche . . » 1165
Ferite d'arma da fuoco: trattamento . » 1159
Idrocefalo consecutivo a meningite cerebro-spinale epidemica . . . . » 1165
Lega sanitaria di difesa nazionale . . » 1171
Liquido di Dakin e ipoclorito di sodio . Pag. 1168
Malaria: lotta contro la — nelle Ferrovie di Stato . . . . » 1157
Medicamenti antisifilitici . . . . . . » 1166
Piotorace: terapia . . . . » 1149
Proiettili: criteri di intervento per l'estrazione . . . . » 1165
Psoriasi: origine tubercolare . . . . . » 1166
Sanatorio militare nella Riviera Ligure » 1155
Ufficiali medici esonerati . . . . . . » 1171
Vaccini antitifici rinforzati: riduzione del numero delle iniezioni . . . . . » 1167

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 23 settembre 1917* Fasc. 39

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: C. Barile: Sul reale valore pratico della topografia fascicolare dei nervi periferici (secondo Stoffel) per l'esecuzione delle anastomosi dei nervi degli arti. — **Osservazioni cliniche:** T. Pontano: Ectasia della vena giugulare interna S. in un sifilitico. — **Medicina legale:** A. Ranelletti: Emorragia cerebrale professionale. — **Discussioni e polemiche:** P. Nigrisoli, M. Fasano: Ancora «Sulla incisione mediana longitudinale della rotula». — **Servizi sanitari:** A. Piperno: Le cure dentarie ai militari in zona di guerra. — G. Turtur: Il servizio oto-rino-laringoiatrico presso l'esercito. — L. Alajmo: Il tracoma nell'esercito. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** R. Accademia Medica di Roma. **Appunti di medicina pratica:** Casistica: Una nuova concezione patogenetica della nevrastenia. — Terapia: L'uso terapeutico del corpo luteo. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.** **Nella vita professionale:** A. Filippini: La visita di S. E. Bonicelli ai servizi sanitari alla fronte. — Pangloss: Le Università di guerra. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

Sul reale valore pratico della topografia fascicolare dei nervi periferici (secondo Stoffel) per l'esecuzione delle anastomosi dei nervi degli arti.

Prof. dott. Cesare Barile, maggiore medico, libero docente di patologia chirurgica nella R. Università di Pisa.

La cura delle ferite di guerra ha richiamato l'attenzione dei chirurghi sulla chirurgia dei nervi periferici, non abbastanza studiata e praticata precedentemente. Fra i vari interventi eseguibili sui nervi credo che non sia da dimenticare l'anastomosi, che troppo spesso viene tralasciata in casi di sicura indicazione per attenersi ad operazioni più semplici e apparentemente più innocue, i cui risultati, viceversa, sono insufficienti; mentre è quasi certo che un'anastomosi ben fatta raggiungerebbe molto meglio gli scopi curativi.

Ecco perchè mi sembra opportuno discutere alcuni particolari di tecnica: per l'esecuzione dell'anastomosi, infatti, nella tecnica è in gran parte il segreto del successo.

Le ricerche di A. Stoffel sulla costituzione fascicolare dei tronchi nervosi periferici (che formarono oggetto di varie pubblicazioni successive, a cominciare da quella apparsa nella *Zeitschr. f. orthopäd. Chir.* nel 1910 fino alla

comunicazione fatta al XIII Congresso della «Deutsche Orthopäd. Gesellschaft» nel 1915) hanno avuto il grande merito di dimostrare in modo sicuro che le fibre nervose, destinate a costituire le singole diramazioni che si distribuiscono poi a determinati muscoli o gruppi muscolari, non procedono, nei tronchi d'origine, disordinatamente frammiste a quelle delle altre diramazioni, ma raccolte in fascetti ben isolati ed occupanti una sede costante nei tronchi stessi. Per mezzo di tali ricerche è ormai acquisita la topografia fascicolare di alcuni tronchi nervosi principali degli arti, per i quali è già possibile indicare sulla sezione trasversale, a determinate altezze, quale sia la sede precisa dei vari fascetti che, successivamente separandosi poi dal tronco, andranno a costituirne le diramazioni.

L'importanza delle suaccennate ricerche è evidente sotto il riguardo anatomico e fisiopatologico; è anche notevole per alcune operazioni chirurgiche eseguibili sui tronchi nervosi; ma per l'esecuzione delle anastomosi dei nervi non mi pare abbiano il reale valore pratico che è stato loro attribuito da Stoffel e da parecchi altri autori. Nè dico questo perchè ignori che Stoffel fu mosso a praticare le indagini in parola proprio dal desiderio di ricavarne una guida per l'esecuzione delle anastomosi ed in ispecie di quelle anastomosi che sono denominate *impianti nervosi periferici;* ma perchè ritengo che tale guida non sia molto pratica, nè scevra da inconvenienti.

Stoffel parte dal giusto concetto che non si debba innestare il moncone periferico di un nervo paralizzato, motore o misto, su di un fascetto qualsiasi di un altro nervo sano; perchè se l'innesto vien fatto su di un fascetto esclusivamente sensitivo, l'atteso risultato funzionale dovrà fatalmente fallire. Per premunirci, egli sostiene, occorre conoscere quali fascetti del tronco sano siano sicuramente costituiti di fibre motrici ed eseguire l'impianto sopra uno di essi. Tale conoscenza si può ottenere con ricerche anatomiche d'ordine generale, ma per avere la sicurezza che occorre nei casi specifici (date le possibili rotazioni del nervo a seconda dell'atteggiamento dell'arto) è necessario identificare, volta per volta, la funzione del fascetto scelto per l'anastomosi; identificazione che si raggiunge mediante l'eccitazione elettrica diretta o mediante l'eccitazione meccanica diretta. Per l'esattezza dei risultati è preferibile l'eccitazione elettrica, la quale, però, richiede mezzi speciali e modalità d'esecuzione alquanto delicate, anche in rapporto alle esigenze dell'asepsi rigorosa indispensabile in tali interventi. Il Putti, in Italia, si occupò della tecnica di tali indagini in un suo recente lavoro pubblicato nella *Clinica Chirurgica* n. 7-8, 1916, giustamente richiamando l'attenzione sul fatto che non tutti i nervi rispondono alla stimolazione in modo preciso e ben limitato alla funzione dei singoli fascetti, ma alcuni, come il radiale, rispondono d'ordinario in modo massivo o «perdono il loro potere di conduzione degli stimoli elettrici di fronte a lesioni di non grave entità». È probabile, io penso, che questo differente comportamento dipenda da un maggiore sviluppo dell'*innere Plexus* di Stoffel. Ma, comunque, anche prescindendo da tali eccezioni, l'indagine risulta sempre notevolmente delicata e di valutazione non in tutti i casi semplice e pronta.

Supponendo, tuttavia, che si possa, ovunque e da qualsiasi operatore, disporre di tutto l'occorrente per una corretta e concludente elettrizzazione fascicolare diretta del nervo sano, e trascurando pure le azioni nocive (specialmente di ordine chimico) che possono conseguire al passaggio della corrente elettrica direttamente applicata sulle fibre nervose; rimossa, dunque, ogni obiezione d'indole pregiudiziale e supponendo di esere riusciti a identificare e circoscrivere un fascetto di fibre sicuramente motrici, l'impianto secondo Stoffel dovrebbe farsi recidendo il fascetto identificato ed abboccando al moncone centrale di esso il moncone periferico (o parte di questo) del nervo paralizzato. Ora, di fronte al vantaggio di innestare sicuramente su fibre motrici il nervo paralizzato, vediamo serenamente quali siano gli inconvenienti.

Il primo inconveniente è quello di interrompere in modo definitivo le vie nervose motrici di un muscolo o di un gruppo muscolare sano. Si può scegliere un fascetto d'importanza piuttosto scarsa, per quanto sia ormai materialmente accertata, dalle ricerche mie e di altri (Kilvington, Osborne) l'importanza del numero delle fibre, su cui si pratica l'innesto, per assicurarne il risultato. Ma il certo è che, più o meno esteso che sia, il danno innegabilmente si produce ed a carico della funzione di muscoli fin' allora integri, senza neanche avere una relativa sicurezza di raggiungere lo scopo funzionale dell'anastomosi.

Ma, se il metodo è nocivo per il nervo sano, è almeno sufficiente per la neurotizzazione e per il ripristino funzionale del nervo paralizzato? Neanche questo è, come io ho largamente dimostrato in via sperimentale nel mio volume: «*Ricerche sperimentali ed istologiche sull'anastomosi chirurgica dei nervi*». Sancasciano,

Stianti edit., 1914. Perchè in un nervo misto (come sono quasi tutti quelli degli arti) innestato su di un fascetto motore, si potrà ottenere la rigenerazione delle fibre motrici, ma mancherà quella delle fibre sensitive. Ora l'importanza delle fibre sensitive è grandissima, oltre che per il ricupero della sensibilità e del trofismo, sopratutto per l'adattamento dei centri cerebrali alla nuova funzione assunta, per effetto dell'anastomosi, dalle vie nervose periferiche dipendenti. Come si orienta il cervello quando uno stimolo partito da un centro normalmente flessorio induce nell'arto corrispondente un movimento estensorio, o viceversa? Si orienta proprio con la guida della sensibilità periferica, che lo rende avvertito del cambiamento avvenuto nei distretti nervosi dipendenti e gli permette di ristabilire gradualmente il normale giuoco dei movimenti (Kennedy, Kilvington e Osborne). Solo, quindi, alla sensibilità si deve se la riacquistata funzione muscolare diviene veramente utile ai fini pratici, subordinandosi, cioè, al normale giuoco degli antagonismi, delle sinergie, delle associazioni e dissociazioni dei movimenti.

Indipendentemente, dunque, da ogni ragionevole riserva sugli effetti nocivi dell'elettrizzazione diretta e sulle difficoltà pratiche per eseguirla correttamente e per valutarne talvolta i risultati, vi sono due gravi appunti da rivolgere al metodo Stoffel di anastomosi ed a quelli altri che ad esso si ispirano: l'interruzione permanente e completa di un fascetto motore sano; la limitazione della possibilità di rigenerazione alle sole fibre motrici del nervo paralizzato.

Per evitare tali inconvenienti, mi sono sempre più convinto che sia necessario ricorrere a larghi affrontamenti dei nervi da anastomizzare, limitando però la recisione delle fibre del nervo sano solo a quelle superficiali, così da non interrompere del tutto nessuno dei singoli fascetti costituenti il tronco nervoso. Appunto a tali criteri s'inspira il mio metodo d'anastomosi pubblicato fin dal 1912, nel n. 48 della *Riforma medica*. Seguendo tale metodo, la cruentazione estesa trasversalmente a gran parte del perimetro del nervo sano, interessandone le sole fibre superficiali, ha il triplice vantaggio di: 1° creare una larga superficie d'affrontamento; 2° non recidere del tutto nessun fascetto; 3° comprendere sicuramente, tra le fibre recise, data l'ampiezza della cruentazione trasversale, fibre motrici e sensitive (nei nervi misti) senza bisogno di ricorrere ad alcuna indagine preventiva, che, quando pure fosse del tutto innocua, avrebbe per lo meno l'inconveniente di complicare e prolungare l'intervento. Per la migliore utilizzazione di tale ampia superficie d'affrontamento, io ricorro, come già pubblicai, al taglio a coda di rondine dell'estremo del moncone periferico del nervo paralizzato da innestare, fissando al nervo sano con un solo punto ciascuna delle alette della coda di rondine, le quali si applicano esattamente sulla cruentazione praticata. Ho largamente illustrati nel già citato mio volume i vantaggi di tale metodo con una lunga serie di ricerche sperimentali assoggettate a sicure prove di controllo d'ogni genere, compreso quello istologico. Ed ho avuto la soddisfazione di vedere confermati i miei ottimi risultati da quelli ottenuti in una serie di esperimenti dal Cusumano, nel R. Istituto di patologia chirurgica di Roma; esperimenti i cui esiti furono comunicati all'VIII Congresso della Società ortopedica italiana (1913).

*
* *

A proposito di questioni di tecnica relativa alla chirurgia dei nervi periferici, desidero richiamare l'attenzione sull'utilità di servirsi di un mezzo semplice e facile a procurarsi in ogni luogo, che si è dimostrato molto adatto a proteggere dalla costrizione del tessuto cicatriziale circostante i tronchi nervosi sui quali si siano praticate neurorrafie, neurolisi, ecc. Gli inconvenienti dell'avvolgimento con lembi muscolari o aponevrotici sono stati messi in evidenza già da parecchi chirurghi e recentemente dall'Hofman e dal Bolk. Il mezzo a cui alludo è rappresentato da strisce di membrana testacea d'uovo di pollo, sterilizzate bollendole in un sacchetto di garza e fissate ai tronchi nervosi con una legatura, fermando al connettivo circostante uno degli estremi del filo della legatura. La membrana, come io ho dimostrato sperimentalmente, resta in sito, prima di essere riassorbita, il tempo necessario per evitare che tralci cicatriziali aderiscano al nervo e lo invadano; ciò che potrebbe avvenire appunto nelle prime settimane dopo l'operazione, durante la formazione della cicatrice connettivale. Mi servii con ottimo risultato di questo mezzo di protezione in un caso di neurolisi del plesso brachiale destro, praticata nel novembre 1914 nell'ospedale militare di Firenze in un ufficiale, capitano Mario F., che aveva riportata in Libia, qualche mese innanzi, una ferita d'arma da fuoco nella regione deltoidea destra, a cui erano seguiti fenomeni paretici e flogistici a carico dei nervi del plesso brachiale e sopratutto del circonflesso, del mediano e del cubitale. Mediante ampia incisione nella re-

gione sottoclavicolare si riscontrò che le corde secondarie del plesso brachiale erano fuse dal tessuto cicatriziale con l'arteria e la vena ascellare in un grosso cordone unico pulsatile, ed estremamente laborioso e difficile riuscì l'isolarnele. Dopo l'isolamento, le corde furono avvolte in membrana testacea. Il risultato fu così soddisfacente che, dopo pochi mesi, ottenuti il ripristino funzionale completo, l'ufficiale potè, allo scoppiare delle ostilità (maggio 1915), prendere il suo arduo posto di combattimento quale capitano di fanteria (1).

(1) Lavoro pervenuto in Redazione il 16 marzo 1917.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ectasia della vena giugulare interna S. in un sifilitico (1)

per il dott. TOMMASO PONTANO,
aiuto negli ospedali di Roma.

Le peculiari caratteristiche cliniche, la rarità veramente eccezionale della lesione conferiscono al caso clinico interesse per una breve illustrazione.

G... V..., di anni 26, calzolaio: anamnesi familiare negativa. Ha avuto il tifo a 17 anni; a 22 anni ulceri molli, complicatesi a linfoadenite inguinale.

Le ulceri guarirono in 15 giorni, e non furono seguite da manifestazioni cutanee o degli organi.

Il paziente è dal dicembre 1915 sotto le armi, in un reggimento di fanteria, dal giugno 1916 trovasi al fronte. Il 15 dicembre è stato ricoverato nell'ospedale 0.151 (Macedonia) per enterite.

Mentre è degente nell'ospedale, si accorge verso la fine di dicembre, d'una tumefazione nella regione laterale sinistra del collo, tumefazione appena percettibile nello stato di riposo a letto, ma che s'ingrandisce nella posizione eretta e negli sforzi. Localmente ha sensazione come di stiramento.

Sebbene sia guarito della enterite, ha piccole elevazioni serotine della temperatura, dolori leggeri alla nuca, talora senso di vertigine.

Esame obiettivo. — Scheletro regolare, nutrizione un po' scaduta.

L'esame degli organi è negativo: polmoni, cuore, fegato, milza, di volume normale e sani.

L'esame dell'addome è negativo. Lieve ipertrofia dei gangli epitrocleari, micropoliadenia laterocervicale.

Genitali sani; sistema nervoso: esame negativo. Urine: albumina e glucosio assenti.

Il malato presenta una tumefazione nella regione sinistra del collo che occupa il triangolo carotideo superiore. Di forma ovoidale, di volume pressochè d'un uovo, con la piccola estremità rivolta verso il basso. La tumefazione non ha limiti precisi; essa aumenta di volume sotto l'influenza degli sforzi, della marcia, se il malato stringe intorno alla base del collo la cravatta, o se abbottona il colletto della giubba.

La cute è di colorito normale, non assottigliata, non aderente.

Con la palpazione la tumefazione è indolente, molle, fluttuante, riducibile: se si preme egualmente su tutta la superficie, si vede vuotarsi rapidamente e scomparire; la riduzione è ancora più facile, se si esercita una modica pressione dall'alto al basso, e dall'esterno all'interno. Con due dita si può apprezzare, a tumefazione ridotta, la parete di essa, che si presenta, al tatto, di consistenza elastica, spessa come la parete di un'arteria di cadavere: con tale manovra il malato accusa un lieve dolore locale di stiramento. Ridotta la tumefazione, essa non ricompare spontaneamente, se il malato resta in riposo; si vede solo appena accennato un modico sollevamento della regione (fig. I) appiattito, non pulsante.

Fig. 1.

Alla percussione leggera, suono ottuso, suono tracheale alla percussione un po' forte.

Tumefazione molle fluttuante con suono ottuso nel triangolo carotideo superiore, quindi *tumore liquido;* assente qualsiasi segno infiammatorio, *non flogosi;* facilmente riducibile; quindi *non cisti.*

V'ha di più: se, ridotta la tumefazione, pur lasciando il malato in riposo, comprimiamo lungo il suo decorso il tronco della giugulare, in basso, tra il margine interno dello sterno-cleido-mastoideo e i muscoli sternoioidei (fig. II), assistiamo alla rapida riproduzione della tumefazione, con piccole pulsazioni, non espansive, che evidentemente sono trasmesse dalla carotide. La tumefazione assume così il suo massimo

(1) Comunicazione alla Riunione dei medici francesi dell'Armata d'Oriente del 27 febbr. 1917.

volume, ed ogni tentativo per vuotarla riesce vano, se il dito comprime la giugulare a valle; la riduzione avviene invece rapidamente con la compressione, non appena si sollevi il dito, e si vede che il contenuto, defluendo in basso, inturgidisce il tratto inferiore della giugulare.

D'altra parte, se comprimiamo a monte e a valle, la tumefazione non si riproduce. Le due prove sono sufficienti a dimostrare *che la tumefazione è a carico d'un vaso venoso, che il contenuto è dato dal sangue che vi circola con direzione dall'alto in basso.*

Fig. 2.

Ma perchè la tumefazione si riformi, se pur lentamente, basta un piccolo ostacolo: è sufficiente infatti far abbottonare il colletto della giubba o stringere, come normalmente si costuma, la cravatta, per vedere subito riprodursi la tumefazione.

Nel triangolo carotideo superiore normalmente sbocca nella giugulare il tronco tirolinguofaciale; esistono talora in sua vicinanza vene, anormali per sviluppo (plessi venosi atipici) di pertinenza della tiroide.

La tumefazione notata, riferendosi a vari venosi, potrebbe essere prodotta da varici di un plesso atipico cirsoideo: assottigliandosi le pareti, ed inturgidendosi per un lieve ostacolo, potrebbero simulare l'ectasia d'un tronco venoso unico.

Ma due segni importanti fanno scartare l'ipotesi: il rapido riempimento e il rapido vuotamento in massa, se si comprime e si decomprime a valle la tumefazione.

Tale rilievo, aggiunto alla regolarità della tumefazione, fa pensare invece, che, se pure alla sua produzione partecipano le vene che sboccano nella giugulare, *la malattia della parete ha colpito principalmente il tronco della giugulare*, nella sua parte superiore. La diagnosi anatomica si può riassumere: *ectasia, o varice ovoidale della giugulare in corrispondenza del triangolo carotideo superiore.*

Risolto il problema diagnostico, si presenta quello, importante, sopratutto per la terapia, etiopatogenetico: quale *la natura della ectasia*, e quale il *meccanismo di produzione?*

Noi siamo abituati a considerare le ectasie venose più frequenti (varici degli arti inferiori, varici emorroidarie) e quelle meno frequenti (dell'esofago, delle pareti addominali), in rapporto con un ostacolo al decorso del sangue nelle vene. Specialmente per queste ultime (esofago, parete addominale) una unica causa ammettiamo nella produzione delle ectasie venose, il fattore meccanico e la vis a tergo; per le varici degli arti e per le emorroidarie da tempo pensiamo che troppa poca cosa è il fattore meccanico se ad esso non si aggiunge *l'alterazione anatomica della parete venosa.* Gli studi di Cornil, Epstein, Janni, se pur non perfettamente d'accordo sulla qualità e sulla misura della lesione, hanno assodato, che, nelle varici degli arti, gravi alterazioni della parete costituiscono il terreno sul quale agisce il fattore meccanico.

Delle alterazioni parietali delle vene, non ancora chiarita è l'origine: artritismo, infezioni acute e croniche sono cause sospettate più che dimostrate.

L'endo, la meso, la periflebite sono le condizioni anatomiche, che portano alla formazione di varici, le quali tanto facilmente si producono se, in determinati soggetti, alle cause anatomiche, si aggiunge il fattore meccanico (gravità e posizione eretta, stitichezza, stenosi delle vene).

Le varici nelle altre parti del corpo sono una rarità, spesso congenite e quindi a manifestazione clinica precocissima.

Il caso attuale è veramente eccezionale: il sangue che defluisce per le giugulari, ha pressione negativa; nessun ostacolo si oppone al suo deflusso, nemmeno la gravità, che è anzi elemento di aiuto per il circolo delle giugulari. Se anche la parete venosa è gravemente lesa, a meno che non vi sia una stenosi a valle, la dilatazione venosa non si dovrebbe produrre.

Nel nostro caso quindi oltre alla ricerca della natura, bisogna indagare l'eccezionale meccanismo di produzione.

1. *Natura della lesione.* — In un soggetto giovane, indenne da tare organiche, non alcoolista, sebbene nessun trauma locale si trovi, si è *rapidamente* sviluppata una varice ovoidale della giugulare.

Nella storia troviamo due ulceri molli a 22 anni (quattro anni fa) diagnosticate non sifilitiche, guarite senza strascichi nè manifestazioni secondarie o tardive. Sebbene l'esperienza c'insegni che la parete venosa non sia abituale sede di localizzazione della spirochete pallida e la clinica raramente ce ne mostri i danni, la nostra ricerca, sopratutto guidati dalla comparsa tardiva e rapida, in mancanza d'altro, si è rivolta alla eventuale esistenza d'una sifilide i-

gnorata. L'infezione tifosa sofferta nove anni prima si può eliminare come causale, perchè le affezioni venose ebertiane hanno decorso e carattere acuto e mai mostrano le loro conseguenze a distanza lunga da tempo.

La reazione di Wassermann ha dato *resultato positivo completo.*

Il suo valore per affermare che il soggetto è sicuramente un sifilitico, è incontestabile; il malato non è nè è stato mai un malarico, non presenta alterazioni di organi nè ha subito intossicazioni da rendere incerto il valore della reazione. Ma una varice venosa in un sifilitico è sicuramente, come si potrebbe dire di un aneurisma in un giovane, d'origine sifilitica? Gli elementi assodati non portano a questa sicurezza, e quindi noi possiamo solo parlare *di ectasia venosa della giugulare in un sifilitico,* lasciando insoluto il problema della certezza etiologica.

2. *Meccanismo di produzione.* — Data la pressione negativa nella giugulare, e il facile vuotamento del sangue, che segue la forza di gravità, male ci spieghiamo la dilatazione venosa col fattore unico alterazione della parete.

Ma nella ricerca dei sintomi obbiettivi abbiamo trovato che, restando l'ammalato in riposo, a giubba sbottonata, la tumefazione scompare, che essa invece si accentua negli sforzi, e diviene nettamente manifesta, fino a raggiungere il massimo volume, solo che l'ammalato si abbottoni il bavero della giubba o si leghi il nodo della cravatta. Il che dimostra che la parete delle vene offre debole resistenza, ed *una causa meccanica anche minima* può stenosarne un punto, sì da porre un ostacolo al sangue che monti o discenda nel lume del vaso. Il fatto che comunemente vediamo, quando si porti il colletto troppo stretto, il turgore della giugulare esterna, nel caso in ispecie diviene morboso per la perduta elasticità della parete venosa colpita. Se si aggiunge alla difficoltà circolatoria, così creatasi, la vivacità degli atti circolatori, in occasione di sforzi ed emozioni, facili in un soldato, assoggettato alle fatiche di guerra, si troverà la via per spiegare chiaramente la rara affezione: *flebite cronica, perdita dell'elasticità, difficoltà di deflusso a causa dell'ostacolo meccanico, sovraccarico circolatorio da sforzo ed emozionale.*

Terapia. — L'ammalato ha iniziato una cura specifica mercuriale; continuerà una cura novoarsenobenzolica fino ad esaurire almeno un ciclo di cura intensa.

Si attenderanno gli effetti del trattamento specifico; se l'effetto locale sarà presso che nullo, dopo questa doverosa cura preparatoria, l'intervento chirurgico avrà sicura ragione dell'infermità.

MEDICINA LEGALE.

Emorragia cerebrale professionale

pel prof. ARISTIDE RANELLETTI.

La IV Sezione della Corte dei Conti, con deliberazione del 9 *luglio* 1917 *accoglieva, anche su parere favorevole della Direzione generale di sanità, la tesi da noi sostenuta, che cioè l'emorragia cerebrale mortale, da cui fu colpito il magistrato E... P..., il* 6 *luglio* 1916, *fosse da ritenersi di origine professionale, e quindi dipendente da causa di servizio, donde il diritto alla vedova della pensione privilegiata.*

Essendo questo, a quanto pare, il primo caso del genere accolto dalla Corte dei Conti, stimiamo utile farlo conoscere, potendo esso servire di base, in eventuali casi consimili, per ottenere il riconoscimento della pensione privilegiata a favore delle vedove di funzionari, che, morti precocemente, in conseguenza di malattie che possano essere messe in rapporto causale con la loro professione, sono, quali vittime di un dovere civile, non meno meritevoli della riconoscenza dello Stato, che delle vittime di un dovere militare.

L'avv. E... P..., di anni 43, giudice del Tribunale di Roma, la sera del 6 luglio 1916, veniva colpito da improvviso malore, perdè ad un tratto la coscienza, entrò in coma, e dopo tre ore morì.

Due medici chiamati d'urgenza, il dott. Massi Augusto e il dott. S. Passarini, dopo osservato il malato e compiute varie ricerche con risultati negativi (analisi dell'urina, puntura lombare) diagnosticarono concordi trattarsi di una grave emorragia cerebrale. Dello stesso parere fu anche il dott. comm. Andrea Amici, sopraggiunto allorchè il giudice era appena spirato. È stata adunque una emorragia cerebrale che ha portato alla tomba in modo fulmineo il giudice P...

Quale la causa anatomica dell'emorragia cerebrale?

Ordinariamente la rottura di una piccola arteria cerebrale, in seguito ad arteriosclerosi ossia ad un processo cronico di endo-periarterite, spesso con formazione di aneurismi miliari, e che, o può esistere con arteriosclerosi generale, o può svilupparsi da sola.

E quale la causa etiologica di questa arteriosclerosi delle arterie cerebrali nel giudice P...?

L'arteriosclerosi è una lesione degenerativa delle arterie la quale o è in rapporto colla vecchiaia, ovvero insorge precocemente per effetto di una serie di altre cause nocive.

Le arterie, come tutti i tessuti, subiscono colla età un logoramento da involuzione fisiologica;

la senilità rappresenta una intossicazione normale, fisiologica, legata all'evoluzione naturale degli esseri viventi: l'arteriosclerosi senile sarebbe quindi legata a questa intossicazione irrimediabile che tutti subiamo coll'età, in quanto che i materiali tossici, irritanti, si eliminano meno attraverso gli organi defatigati, e si accumulano nel sangue, divenendo causa di irritazione vasale, mentre d'altra parte col crescere degli anni diminuisce l'elasticità delle arterie donde un maggiore ostacolo alla circolazione del sangue, aumento di pressione, e quindi nuova causa di logoramento delle arterie.

Possiamo noi ammettere nel giudice P... una arteriosclerosi senile? No, perchè l'arteriosclerosi, quale epifenomeno dell'età avanzata, si riscontra generalmente dopo i 50 anni, e anche dopo tale età l'emorragia cerebrale si riscontra nella massima parte dei casi; invece il giudice P... aveva soli 43 anni.

Si deve perciò ammettere un'arteriosclerosi precoce, da altre cause, un'arteriosclerosi cioè non più fisiologica ma patologica.

Quali possono essere tali cause? Esse sono generalmente di natura tossica, possono essere rappresentate da disturbi del ricambio materiale (uricemia, gotta, artritismo in genere, diabete, ecc.) spesso con tara ereditaria. Ma il giudice P..., come risultava al relatore che lo conosceva da molti anni, non era uricemico, nè gottoso, nè artritico, nè diabetico, nè aveva eredità artritica. Nè egli aveva l'*habitus apoplettícus*, non era cioè una persona piuttosto bassa, corpulenta, con torace ampio, collo corto e tozzo, faccia grossa e congesta, ma era invece alto, piuttosto magro e con tutti i caratteri contrari all'abito apoplettico.

Le cause tossiche determinanti un'arteriosclerosi precoce possono essere in rapporto a malattie infettive acute e croniche. Ma nel primo caso (tifo addominale, vaiuolo, difterite ecc.) le alterazioni arteriose si osservano specialmente all'origine dell'aorta, sono placche sclero-àteromatose localizzate nell'intima dell'aorta, delle arterie del miocardio, delle coronarie, ma non sono diffuse fino alle arteriuzze cerebrali. E poi nell'anamnesi del soggetto non troviamo tali malattie infettive acute.

Sono altresì da escludersi le malattie infettive croniche, come la sifilide e la malaria, com'è da escludersi la nefrite cronica, nulla risultando per tali affezioni, a cognizione del relatore, nell'anamnesi e nella sintomatologia, in un uomo di costumi morigeratissimi, e che non aveva mai vissuto in luoghi di malaria, nè subito cause reumatizzanti, ecc.

Sono da escludersi ancora le intossicazioni di natura chimica, sia esogene che endogene; così l'alcoolismo, il saturnismo, il nicotismo, e le tossine alimentari da introduzione eccessiva ed abituale di alimenti, specie carnei, e di bevande, che aumentano molto la tensione vasale e il lavoro del cuore; il P... era invece uomo assai parco nelle abitudini alimentarî, beveva pochissimo vino, niente liquori, non fumava, non aveva nulla a che fare con sostanze contenenti piombo.

Esclusa l'età, l'ereditarietà, le cause infettive acute e croniche, le intossicazioni endogene da alterato ricambio materiale, e quelle esogene da introduzione di sostanze tossiche varie, possiamo trovare per la genesi della arteriosclerosi una causa professionale?

Nessun dubbio che tanto il lavoro fisico quanto quello mentale, esagerati, esercitano una notevole influenza sulla genesi della arteriosclerosi.

Gli abnormi lavori muscolari, l'iperfunzionalità fisica, elevano la tensione arteriosa, aumentano i prodotti di ricambio, e l'aumentata pressione del sangue, come l'aumentata irritazione dei veleni endogeni, portano ad un precoce logoramento delle pareti arteriose.

Similmente agisce l'eccessivo lavoro mentale, specie se associato a commozioni, preoccupazioni morali, veglie prolungate, come si riscontra di frequente in uomini politici, banchieri, uomini d'affari, conferenzieri, ecc.

Nella fatica intellettuale e morale noi abbiamo un eccesso di materiali di consumo da parte delle cellule nervose affaticate, quindi un aumento di sostanze tossiche circolanti nel sangue, come nella fatica muscolare, le quali influiscono direttamente sugli endoteli vasali, come indirettamente quali ipertensivi per costrizione dei vasi sanguigni periferici, vaso-costrizione aumentata a sua volta dall'azione diretta del sistema nervoso sovraeccitato. Ogni commozione, secondo le note esperienze del Mosso, si accompagna con una costrizione vasale periferica; e sotto l'influenza di un forte dolore o di un calcolo mentale difficile, secondo le esperienze di Binet e Vashide, la pressione del sangue aumenta di 15-20 mm. di mercurio.

Orbene pel giudice P..., secondo la concorde testimonianza de' suoi colleghi di magistratura, come di quanti ebbero a conoscerlo da studente, compreso il redattore della presente, si può bene affermare che egli, come già da studente, così nei venti anni di magistratura, ha sempre atteso ad un lavoro diuturno ed eccessivo; tale da sottoporre il suo organismo cerebrale ad un sforzo e logorio, che non è quello ordinario per la comune degli uomini, anche della sua condizione sociale.

Invero il giudice P... fu indubbiamente e sem-

pre un gran lavoratore, animato dal nobile sentimento di voler fare il suo dovere ad ogni costo, e di voler distinguersi fra i suoi pari.

Lo dimostra innanzi tutto la sua carriera scolastica, nella quale egli ebbe campo di distinguersi in modo particolare.

Nei due concorsi poi di magistratura (Uditore ed Aggiunto), sopra ben 200 posti messi a concorso fra circa 500 concorrenti egli occupò uno dei primissimi posti in graduatoria — il 5° —. Infine troviamo che la sua dote di straordinaria operosità viene segnalata colle più concordi e lusinghiere attestazioni dai suoi superiori magistrati, durante tutto il corso della sua carriera, 20 anni; tale dote sopratutto lo designa ad uffici giudiziari di primaria importanza — Ancona, Roma — dove appunto tale dote deve ed ha difatti campo di esplicarsi in modo peculiare come ci dimostrano le statistiche di confronti con altri uffici e sedi giudiziarie.

Dati questi indiscutibili elementi di fatto, e in assenza — come già si dimostrò — di ogni altra causa etiologica dell'arterio-sclerosi, noi dobbiamo venire alla conclusione che, per causa appunto dell'eccisivo lavoro, inerente ai particolari uffici ricoperti, nel giudice P... si deve essere formata lentamente e nascostamente un'arterio-sclerosi di natura professionale.

Malattia, come già si accennò, che può più specialmente colpire coloro che allo sforzo di un lavoro intellettuale continuo e defatigante, congiungono un senso morale particolarmente raffinato di perfettibilità, di responsabilità, di distinzione e di dovere; sentimenti questi che devono caratterizzare in genere il lavoro di ogni buon magistrato e che sempre certo hanno caratterizzato in ispecie il lavoro dei giudice P...

Ma queste sole circostanze e condizioni soggettive ed obbiettive non potrebbero forse apparire sufficienti a spiegarci la morte improvvisa del P... e sopratutto potrebbe forse apparire dubbio il ravvisare in esse la causa diretta della morte medesima. È certo infatti che vi sono molti magistrati che si sottopongono ad un lavoro egualmente eccessivo; che molti magistrati per la stessa causa sono soggetti a forme nascoste di arterio-sclerosi, e che pur tuttavia giungono a tarda età.

Compito quindi nostro, in questo caso, doveva essere quello di cercare se insieme ai fatti, condizioni e circostanze soggettive suesposte (le quali secondo alcuni potrebbero anche costituire rischi inerenti a certe professioni e non essere risarcibili) non fossero eventualmente concorsi altri fatti, di carattere più specialmente obiettivo e straordinario, cioè esorbitante da quel lavoro al quale, sia pur in modo gravoso, solitamente il P... attendeva. Ammessa, infatti, l'arterio-sclerosi delle arterie cerebrali, essa sarebbe potuta rimanere compatibile anche con molti altri anni di vita, senza l'intervento di una causa occasionale, la quale portando un transitorio maggiore aumento della pressione sanguigna avesse dato l'ultima spinta per la rottura dell'arteriuzza o del piccolo aneurisma miliare e quindi per la comparsa della emorragia cerebrale.

Ogni causa fisica o morale capace di accelerare immediatamente la circolazione sanguigna aumentando l'attività della sistole cardiaca può provocare l'apoplessia emorragica negli individui che hanno lese le arterie cerebrali. Tutte le emozioni, la gioia come la collera, tutti gli sforzi, i conati di tosse, i vomiti possono essere cause occasionali dell'*ictus*. Ma se manca l'aumento dell'attività cardiaca si può invocare come causa occasionale l'aumentata pressione endoarteriosa; ed i transitori aumenti della pressione sanguigna si possono avere in svariate contingenze della vita, così dopo un pasto copioso, un eccessivo lavoro muscolare, introduzione di alcool, un bagno freddo e similmente, per le ragioni già esposte, dopo un lavoro mentale eccessivo.

Ciò premesso, ritroviamo noi nel giudice P... l'intervento di una causa occasionale, la quale, apportando un transitorio aumento della pressione sanguigna, abbia determinato la rottura di una arteriuzza cerebrale, già sclerosata?

Le indagini da noi fatte in argomento e l'esame di alcuni dati statistici ci hanno portato a conoscenza di un fatto caratteristico che ha una importanza essenziale per la risposta al quesito propostoci.

E il fatto è il seguente:

Nei Tribunali e nelle Corti più importanti del Regno ed a Roma in ispecie (dove pure il lavoro specialmente civile ordinario per la durata quasi intera dell'anno è tale da tenere occupati interamente i magistrati con lavoro già troppo per sè stesso gravoso) nei due mesi che precedono il periodo delle ferie giudiziarie, cioè giugno e luglio, vi è l'abitudine per parte degli avvocati e procuratori di accumulare un ancor più straordinario numero di cause civili e di richiederne la messa in decisione. Contro questo sistema illogico, inopportuno e dannoso pei magistrati non meno che per la retta amministrazione della giustizia in ispecie, per la quale cumulo di lavoro e fretta sono evidentemente cose antitetiche — e contro ogni ragione di convenienza, di giustizia, di servizio, ecc., fu sempre più forte l'utile dei privati litiganti o dei loro patrocinatori, non essendovi nella legge attuale alcuna disposizione atta ad impedirlo, e non essendo mai valse a nulla le giuste pra-

tiche, riservate ed individuali, dei magistrati — Ora dai dati raccolti e dalle considerazioni già fatte noi crediamo di poter con sicura coscienza affermare che se nel diuturno lavoro consuetudinario del P... dobbiamo ravvisare la causa dell'arterio-sclerosi precoce di cui egli era affetto, la *causa* però *unica, diretta, immediata* ed *efficiente* della sua morte deve ricercarsi esclusivamente nel *surmenage* intellettuale cui egli fu soggetto, per cagione del suesposto sistema tanto deplorevole di sovraccarico di lavoro urgente e grave — dipendente da fatto altrui, e al quale egli non poteva sottrarsi e che ebbe appunto inizio nel periodo immediatamente precedente alla sua morte e si intensificò specialmente nel giorno 6 luglio 1916, giorno della morte stessa.

Si rileva infatti dal giornale «*La Magistratura*» nel numero del 16 luglio corrente che il P... dall'alba del 6 luglio fu intento al suo scrittoio a districare e risolvere, con tutto lo sforzo dello ingegno e dello studio, una de'le tanto arruffate cause civili, le quali per uso, invano deprecato, del ceto degl' avvocati, vanno ad accumularsi per la decisione quando è imminente il periodo feriale.

Tutto il giorno, quasi senza interruzione, era durato lo studio delle carte, assiduo, faticoso... La verità di queste circostanze viene inoltre confermata dai certificati della Cancelleria e dagli atti di notorietà.

Nessun dubbio quindi che il *surmenage* intellettuale del 6 luglio, aggravato dalla preoccupazione morale di dover finire il lavoro in tempo ristretto, unito agli ostacoli della circolazione sanguigna determinati dalla prolungata posizione seduta e curva sul tavolo, fu causa più che sufficiente a determinare un aumento della pressione sanguigna, tale da dare l'ultima spinta per la rottura dell'arteriuzza cerebrale, donde l'emorragia cerebrale e la morte fulminea.

Pertanto se i magistrati hanno pianto il loro collega quale vittima del dovere perchè cadde sul lavoro, noi, studiosi della patologia del lavoro, diciamo che il giudice P... morì vittima del dovere, perchè cadde sul lavoro e per il lavoro, essendo stata la professione la causa che ne preparò lentamente la morte per il logoramento precoce delle arterie, ed essendo stato lo stesso lavoro professionale la causa occasionale, ultima, immediata dell'emorragia cerebrale e della morte.

Riteniamo quindi che la malattia e la morte del giudice P... debbano ritenersi dipendenti da causa di servizio, e che quindi alla vedova spetti la pensione privilegiata.

Roma, 28 luglio **1916**.

DISCUSSIONI E POLEMICHE.

Ancora "Sulla incisione mediana longitudinale della rotula".

(V. *Policl.*, Sez. Pr., 1916, n. 17; 1917, n. 24 e 31).

Egregio Prof. Mario Fasano,

Nei miei *Appunti* ricordai semplicemente, documentando, che la incisione mediana longitudinale della rotula era già stata, a di Lei insaputa, praticata da altri: e Lei m'invita ora a verificare ed a dirle se questi ebbero in proposito le *identiche visioni* sue.

Le rispondo subito, sì: identità di tecnica e di visione; poichè l'incisione attuale sua è perfettamente eguale alla antica, ed è pure concepita con lo stesso scopo dei predecessori suoi: quello cioè di procurarsi una buona via di accesso «senza indebolire l'apparecchio legamentoso del ginocchio».

Le due figure che riporto mostrano appunto che il taglio di Ollier è il medesimo suo: anche la descrizione che Ollier dà del processo operatorio è simile alla sua, e, per quanto si riferisce alla conservazione e sutura della rotula, egli si esprime così: «..... rimesso l'arto in estensione, la rotula riprende la sua forma e la sua posizione; le sue due metà tornano in contatto: ma ciò non ostante occorre suturare per lo meno le parti tendinee al di sopra ed al di sotto della rotula per mantenere le due metà di quest'osso a combaciamento esatto e continuo».

Tal quale come Lei.

Unica differenza questa: che Ollier, per poco che la ferita sia infetta, pratica due incisioni postero-laterali di scarico (indicate nella fig. I; su per giù le modernissime di Payr): mentre Lei, occorrendo, pratica il «drenaggio capillare alla parte media della incisione operatoria».

Ollier dimostra anche come l'apparecchio legamentoso resti intatto, e dice egli pure, come Lei, essere questo processo operatorio transrotuleo semplice, facile, rapido, migliore che le incisioni pararotulee per esplorare l'articolazione in ogni suo recesso più nascosto, e buono tanto per una semplice scheggiectomia, quanto per una vera resezione, e per «fare sulle estremità ossee tutto ciò che può esser richiesto dalle varie lesioni prodotte dai proiettili» (come precisamente ha fatto Lei in alcuni dei suoi casi).

In genere Ollier pure crede le incisioni longitudinali (questa compresa) più convenienti per esplorazione, raschiamenti, regolarizzazioni delle estremità ossee, estrazione di scheggie e *des corps étrangers venus du dehors* (quasi come le pallette di shrapnel), che non per le grandi resezioni.

Ed in particolare raccomanda questa incisione mediana nelle ferite d'arma da fuoco, e le riconosce non solo il vantaggio di dare *un très grand jour pour l'exploration de l'articulation*, ma anche quello di essere « una delle incisioni migliori per il ripristino dei movimenti dell'articolazione, nei casi in cui la limitata distruzione prodotta dal trauma autorizza a cercare tale esito ».

Fig. 1.
m n : Incisione mediana sezionante la rotula in due.
p q : Incisioni postero-laterali di scarico.
(Da: OLLIER, *Traité des Résections*, tome III, Paris, Masson, 1891, pag. 230). (Questa incisione è indicata anche in DURANTE e LEOTTA — *Med. op.*)

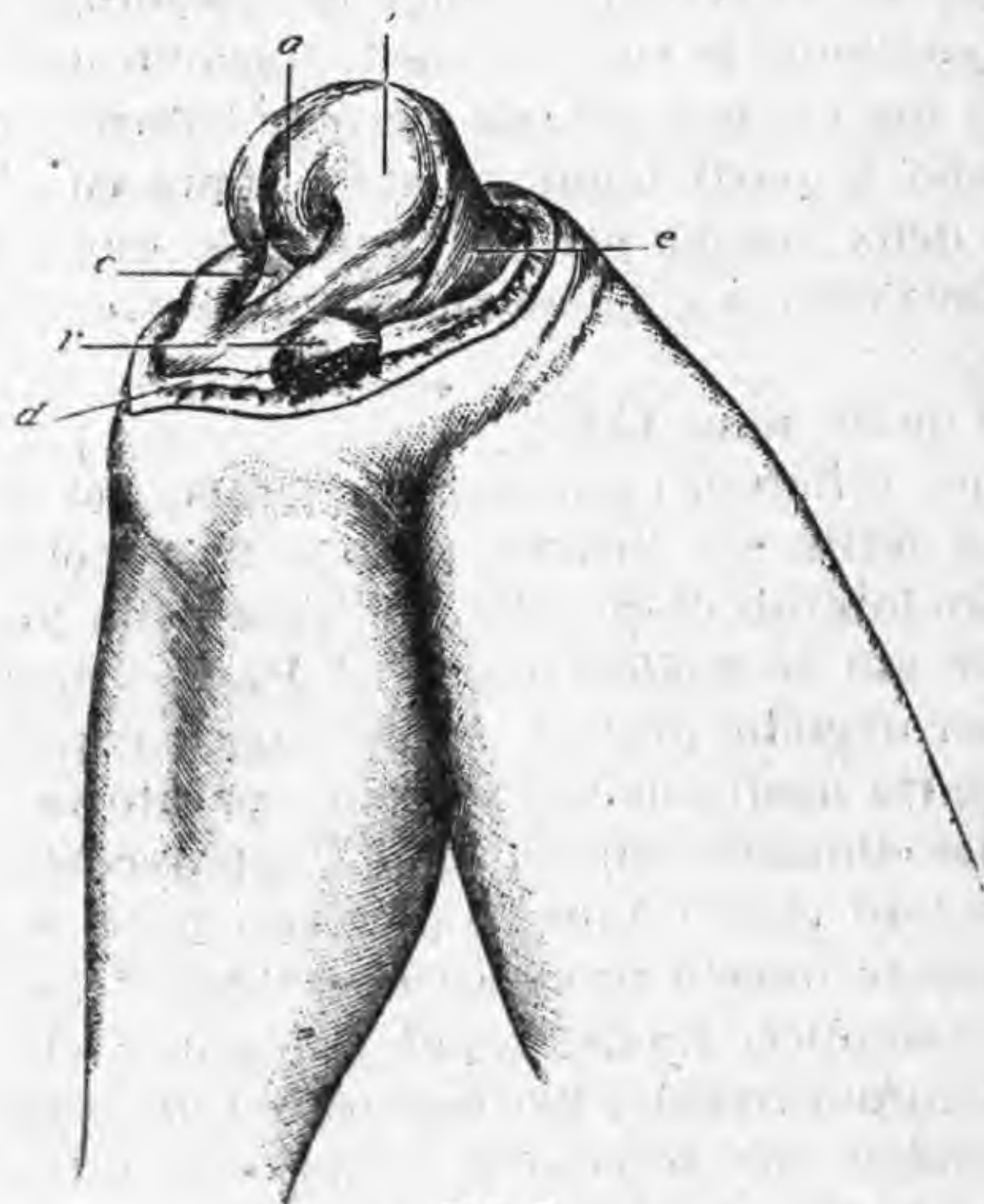



Fig. 2.
Sporgenza del femore ed aspetto dell'articolazione dopo aver rovesciato sui lati dell'arto le labbra della ferita cutaneo-tendino-rotulea.
a, Condilo interno; *b*, attacco del legamento laterale interno; *c*, Legamento crociato anteriore; *d*, Metà interna del tendine rotuleo; *r*, Metà interna della rotula; *e*, Cul-di-sacco sinoviale superiore interno.
(Da: OLLIER, *Traité des Résections*, tome III, Paris, Masson, 1891, pag. 231).

Dunque in tutto come Lei, anche nel cercare la conservazione della funzione.

De Giacomo ideò lo stesso taglio circa nel 1878, allo scopo di ottenere — rimanendo intatti tutti i muscoli e le inserzioni loro — non solo maggiore solidità dell'arto, ma anche in certi casi movimenti più estesi che non con gli altri tagli longitudinali; e proponendolo nel 1881 scrisse che esso « permette un facile ed innocente accesso all'articolazione, evitando in taluni casi la resezione »; e che la sutura della rotula « può farsi anche con un filo di catgut ».

Non riproduco le figure quasi simili a quelle di Ollier.

Codivilla poi usò tale processo costantemente nelle più vaste resezioni patologiche, e con lui e dopo abitualmente il Putti ed altri, allo stesso modo, e tutti suturando, quando fu possibile, la rotula, come ora fa Lei.

Che Codivilla ottenesse così l'esito in anchilosi, e Lei ottenga invece il mantenimento della motilità, cioè della funzione, non dipende da diversità di visione o di tecnica, ma dal fatto che Codivilla operava su articolazioni profondamente e largamente alterate, e Lei — nel più dei casi — su articolazioni sane leggermente traumatizzate.

Per Ollier ho riassunto quanto si legge riguardo al taglio in discorso nel III volume (pag. 226 a 232) del suo *Traité des Résections*: ed Ella potrà controllarlo a piacere.

Circa a Codivilla ed a Putti, potrà vedere nei *Resoconti* o direttamente sapere all'Istituto Rizzoli: e per De Giacomo in *Mov. Med. Chir.*, 1881, n. 5-6-7.

Ottemperato così all'invito da Lei rivoltomi, distintamente La riverisco.

Suo dev.mo
Dott. PIETRO NIGRISOLI.

Bologna, 12 agosto 1917.

* * *

Egregio dott. Pietro Nigrisoli,

La ringrazio di aver ottemperato in modo così chiaro e completo al mio invito su ulteriori delucidazioni circa le indicazioni della sezione longitudinale della rotula.

Ella ha avuto con la sua perfetta conoscenza bibliografica dell'argomento il merito di aver richiamato l'attenzione su questo intervento semplice, rapido e sicuro, che tanto egregiamente risponde alle attuali indicazioni di chirurgia di guerra. E specialmente grande è il merito suo quando nei frequenti consessi di chirurgia di guerra, tenutisi in questi ultimi tempi, nei quali venne posto come tema l'indicazione dell'estrazione dei corpi estranei, proiettili, dall'articolazione del ginocchio, consessi

ai quali parteciparono eminenti illustrazioni della moderna chirurgia, nessun autore mai ebbe ad accennare a tale via di accesso.

Data la bontà ed utilità del metodo il non farne alcun accenno neppure nelle riunioni della Società di Chirurgia di Parigi, tenutesi due anni or sono, nelle quali venne trattato per l'appunto questo tema, mi condurrebbe a credere che anche nella patria dello stesso Ollier il metodo non sia molto conosciuto, almeno in rapporto all'indicazione per la quale venne da me adottato.

In tal caso la mia ignoranza bibliografica troverebbe un'attenuante, sebbene io, glielo ripeto, non abbia mai avuto alcuno spasimo di priorità, come lo dimostra recisamente il titolo del mio lavoro, enunziato in forma molto generica e sviluppato in forma ancor più modesta al solo scopo di dare il mio contributo pratico a questa specie di lesioni.

Ringraziandola distintamente La saluto.

Dev.mo
MARIO FASANO.

Asti, 3 settembre 1917.

SERVIZI SANITARI.

Le cure dentarie ai militari in zona di guerra.

Prof. dott. ARRIGO PIPERNO, capitano medico dirigente la sezione stomatologica dell'ospedale di Guerra N. 4.

Nei dieci mesi di servizio speciale finora da me trascorsi presso l'Ospedale C. R. da guerra N. 4, mi sono convinto dell'opportunità di rapide e bene appropriate cure conservative dentarie (V. PIPERNO: *Malattie dentarie e profilassi orale nei militari.* La Stomatologia, settembre 1916). Si soffre più per dolori di denti che per deficiente masticazione. Si otturino i denti con carie a dentina sensibile, si devitalizzino le polpe esposte, si curino o si estràggano, se mobili, i denti pericementitici, si asportino tutte le radici infette, si ridoni la vitalità alle gengive con una completa ablazione del tartaro e si vedrà l'operato ricuperare la funzione masticatoria, anche quando le superfici di combaciamento fra le arcate dentarie superiore e inferiore sembrino deficienti. Allora non più germi conglutinati dalla saliva con gli alimenti; si rinforzeranno denti dapprima deboli per mancata funzionalità; più rara avverrà la riproduzione del tartaro; la nutrizione generale sarà notevolmente migliorata. Un esempio tipico:

Ospedalizzo nella mia Sezione il soldato P... J..., della classe 1876, ... centuria: notevolmente denutrito, riporta al pessimo stato della dentatura i suoi disturbi di digestione. L'accumulo del tartaro su tutte le superfici dentarie è enorme (fig. 1 e 2); raggiunge il centimetro cubico in corrispondenza della faccia esterna dei canini inferiori dove il labbro si stende con sporgenza deforme. La masticazione (se masticazione può chiamarsi) ha luogo su una vera superficie di tartaro. L'origine della deficiente masticazione, causa dell'accumulo del tartaro, risale a quattro anni addietro per una carie ai primi molari superiori sinistro e destro che hanno attualmente una carie di 4° grado. Undici giorni di riposo all'Ospedale, durante i quali si procede all'accurata pulitura della bocca e all'estrazione dei molari infetti privi della maggior parte della corona, ridonano completa efficienza masticatoria al militare ricoverato (fig. 3 e 4).

Altro esempio: il soldato L... S..., di fanteria, con formula dentaria $\frac{76.5.3..}{76..3..}\Big|\frac{1234567}{..3....}$; non può masticare a destra, solo lato utilizzabile, per una carie di 3° grado al colletto del 6]. I residuali denti anteriori e di sinistra, in parte mobili, non risolvono il problema della masticazione. Un'estrazione inopportuna del 6], dente sul quale s'impernia il lavoro utile boccale, renderebbe vana l'efficienza di masticazione necessaria al servizio avanzato di guerra del ricoverato già denutrito. Si devitalizza il molare sensibilissimo alle sensazioni di freddo e di

caldo, se ne estrae la polpa, e, dopo otturati con coni di guttaperca i canali radicolari, si completa l'otturazione della superficie cariosa mesiale situata al colletto e della superficie masticatoria aperta a scopo di facilitazione di cura. L'individuo viene rinviato al corpo in ottime condizioni di masticazione dopo soli quattro giorni di degenza.

Fig. 1.

Il bersagliere L... M..., per aver fatto uso di neve (a scopo dissetante) al Montenero nell'autunno 1916, deve essere ricoverato nella nostra Sezione per una ipersensibilità e mobilità dei

Fig. 2.

dei sei denti anteriori superiori e dei premolari vicini che gl'impediscono assolutamente una normale masticazione, non ostante l'ottimo stato di tutti i molari. Alcuni dei denti affetti sono mobili per avvenuta infezione da polpa morta, altri hanno polpa iperemica. La cura completa dei canali radicolari riesce a rinsaldare i denti curati: si rende solo necessaria l'estra-

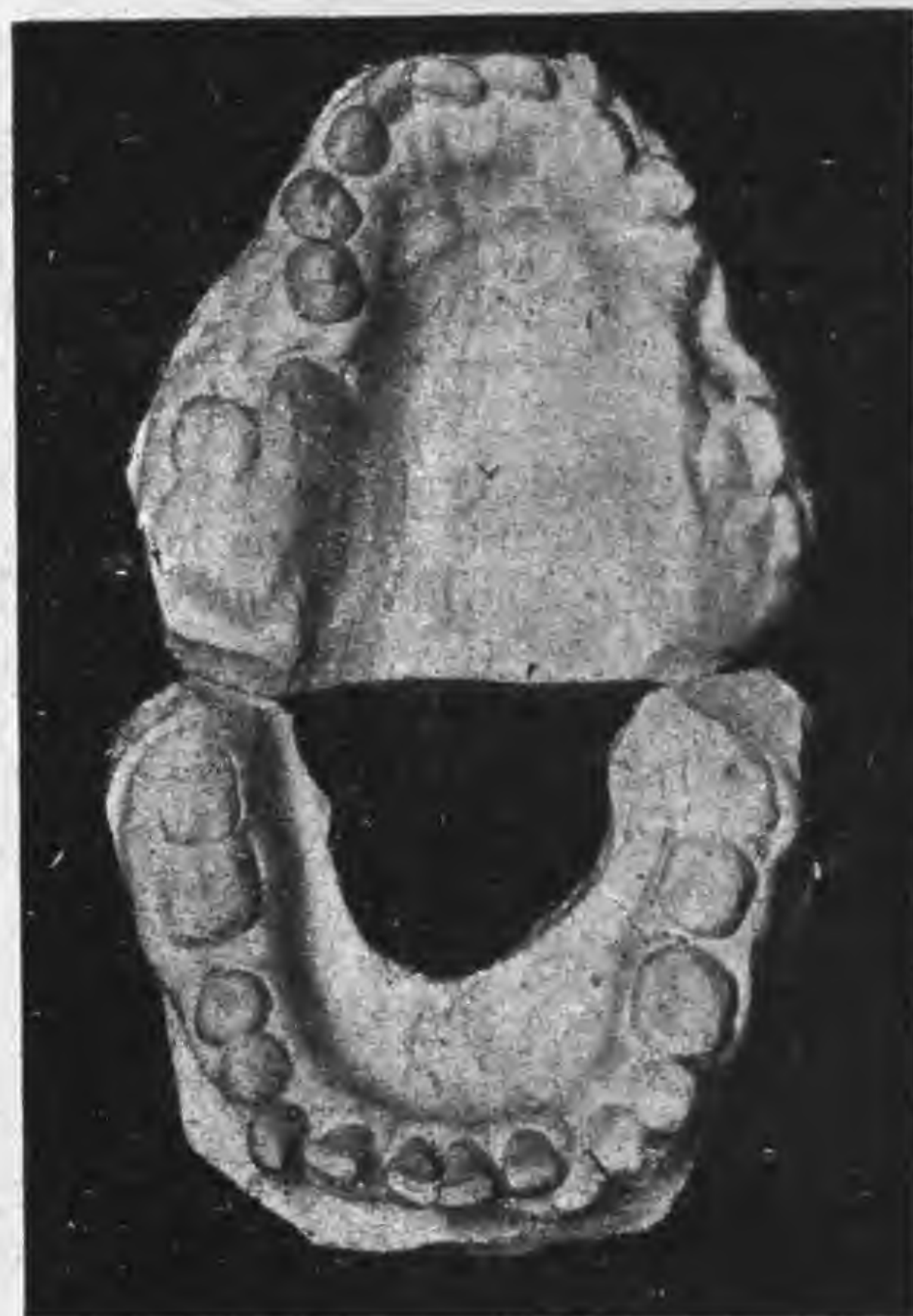



Fig. 3.

zione dell'|1 con radice quasi interamente scoperta e con perdita, di circa mezzo cm., di tessuto osteo-gengivale mesialmente a detta radice. Una cura meno opportuna avrebbe condotto

Fig. 4.

alla perdita di tutti i denti lesi, alla quale lo Stato avrebbe dovuto riparare con adatta protesi, dovendosi ritenere la malattia come avvenuta in servizio.

Masticazione, dunque, deficiente per dolorabilità dei denti, non per diminuzione del numero dei denti. Basta la superficie masticatoria di un buon premolare contro i due suoi opponenti perchè si debba ritenere un individuo capace di masticare i cibi, magari con più lentezza di tempo. Ritengo spesso necessario fare dichiarazioni di esenzione dal rancio a individui con deficiente masticazione. Molti fra questi possono bensì essere dichiarati inabili ai servizi di prima linea. Pochi accetterebbero la non economica soluzione di una protesi restauratrice; mi accadde sovente di veder questa rifiutata con la scusa della sua insopportabilità: talora, se accettata, mi fu riportata a bella posta spezzata (1). Ho scoperto più volte, da segni evidenti residuali, militari che da borghesi avevano avuto cura di ripristinare la masticazione deficiente con protesi adatta, tener questa nascosta nella speranza della riforma o almeno dell'inabilità ai servizi avanzati.

All'esperto specialista non riescirà difficile eliminare i casi, pur troppo frequenti, di patomimie dentarie. Un sergente, tre volte decorato con medaglie al valore, stanco della vita di guerra, accusava nevralgie dentarie vaghe, dalle quali sperava un sognato riposo. Egli mostrava un'acuta sensibilità al calore applicato, mediante ferro riscaldato alla lampada, su un cemento di premolare da me accuratamente devitalizzato e otturato! Lo stesso individuo, e così numerosi altri, accusavano intensa dolorabilità all'applicazione di una spatola metallica fatta veder riscaldare e appoggiata dipoi sullo smalto di denti sani dalla punta opposta non riscaldata.

La evidente denutrizione generale in militari mancanti di molti denti potrà essere presa in seria considerazione. Ma anche per costoro si potrebbe trovare un *modus vivendi* senza ricorrere alle protesi non desiderate. Piuttosto che riformare tali individui (e con ciò è sottinteso che dovrebbero richiamarsi in servizio tutti gli inabili — definitivi o temporanei — in base all'articolo 56 del regolamento militare), si potrebbero destinare tutti costoro a servizi di sanità o di comandi o di mense in zona di guerra o a servizi territoriali, diboscando da quei posti altri militari più adatti alle prime linee. Nei detti servizi il vitto per i parzialmente edentuli potrebbe essere meglio adeguato e meglio sopportato.

Se è vero, come recentemente S. E. il Ministro Bianchi ebbe ad esprimere a Bologna in occasione dell'apertura del Concorso Nazionale per la protesi, che lo Stato ha intenzione di sopprimere l'art. 56 e di chiamare ai servizi odontoiatrici i numerosi non medici, patentati dentisti, attualmente sotto le armi, io riterrei molto opportuna, in tutta la zona di guerra, l'ampia distribuzione di così valido aiuto all'opera di noi stomatologi. Così, nella zona di operazioni campali, ogni sezione di Sanità divisionale e numerosi ospedaletti da campo, potrebbero tenere aggregato un odontoiatra fornito dei ferri da estrazioni e dei più comuni istrumenti per poter compiere ambulatoriamente otturazioni dentarie anche definitive. Sezioni stomatologiche per cure d'urgenza ai traumatizzati, per cure dentarie ambulatorie e agli ospedalizzati, nonchè per protesi di riparazioni o di restituzioni lievi in caso di perdite di denti avvenute in servizio, dovrebbero trovar luogo negli Ospedali da Campo e da Guerra delle seconde linee. Tali sezioni sarebbero alle dipendenze di un capitano o tenente medico stomatologo, aiutato da un odontoiatra e da un meccanico. Agli ospedali stomatologici di tappa, retti da consulenti d'Armata, e agli ospedali territoriali, dovrebbero confluire i traumatizzati bisognosi di lunghe cure e i parzialmente edentuli che necessitano il parere medico-legale. Anche qui le cure ambulatorie dovrebbero essere largamente prestate, in collaborazione di medici specialisti e di odontoiatri. Il costo d'impianto e di manutenzione di tanti gabinetti militari della specialità, verrebbe ad usura compensato dagli incalcolabili benefici che ne risulterebbero a favore dei troppo numerosi sofferenti di malattie dentarie.

Zona di guerra, aprile 1917.

OSPEDALE DI GUERRA N. 24 DELLA I ARMATA.

Il servizio oto-rino-laringoiatrico presso l'esercito.

Proposte e considerazioni

per il dott. GIUSEPPE TURTUR,
privato docente, 1° capitano medico.

Nell'intento di contribuire all'ambito della mia competenza di otorinolaringoiatra ed indicare le modificazioni al sistema vigente più necessarie a raggiungere la migliore utilizzazione del contingente che fornirà la prossima leva dei riformati mi permetto di scrivere questa breve nota di osservazioni, suggeritami dall'esperienza di più di due anni di servizio militare in Roma e nella zona di guerra.

Le esigenze del momento e l'esperienza della guerra hanno fatto mutare il criterio preesistente per la dichiarazione d'idoneità o meno

(1) Il maggiore medico prof. A. Perna ha recentemente espresso analoghe asserzioni nelle colonne del *Policlinico*.

al servizio militare, perciò è possibile con una selezione accurata di usufruire del concorso di tutti.

Questa è la più logica interpretazione dei voti della nazione in armi e da questo punto dovrebbe partire la principale riforma se si vuol raggiungere mediante l'opera del personale specializzato quei risultati che il paese si attende. L'obbligo ad accettare qualsiasi cura, che non porti pericolo di vita, per riprendere il proprio posto al servizio della patria, è un concetto già espresso da colleghi autorevoli e che non dubito saprà rapidamente imporsi alla opinione pubblica, come rispondente a ragioni di giustizia distribuitiva. Esso trova nel campo della nostra specialità una condizione più favorevole per essere rapidamente attuato e diffuso, poichè, senza entrare in particolari non compatibili coll'indole di queste note, si può recisamente affermare che, mediante opportuni interventi, molti, ora ritenuti inabili, potranno riacquistare l'idoneità ad un servizio attivo.

Ho avuto modo di fare osservazioni che possono giovare allo studio dei provvedimenti invocati. È da premettere che le norme emanate nel nuovo elenco, se rettamente applicate, elimineranno parecchi degl'inconvenienti lamentati per il passato.

Una breve rassegna di qualche inconveniente ancora esistente sarà sufficiente per richiamare l'attenzione sull'argomento.

Anzituto sarebbe desiderabile un miglior criterio per lo smistamento dei malati di specialità nella zona di guerra, in modo che negli ospedali delle retrovie e di qui in quelli territoriali sieno inviati solo quelli sui quali sia stato pronunziato un giudizio sicuro competente. In genere si ritiene che gli specialisti otorinolaringologi si debbano occupare quasi esclusivamente degli otorroici e dei sordi più o meno veri; perciò, forse per una interpretazione non esatta delle circolari delle Direzioni di sanità, nei reparti speciali in genere sono inviati quasi esclusivamente otitici; l'altro materiale viene disperso od in altro modo distratto dalla sede più naturale e logica. Ciò crea diversi inconvenienti fra i quali: 1° ritardo enorme nel restituire ai corpi soldati risultati idonei alla visita o con lesioni lievissime o con alterazioni compatibili col servizio; 2° mancanza per i primi giorni di cure appropriate nel successivo passaggio dei militari attraverso gli ospedali da campo e delle retrovie; 3° impossibilità di scoprire in parecchi casi delle frodi eventualmente tentate. Questi inconvenienti si devono al fatto della mancanza nelle zone più vicine al fuoco di centri di accertamento diagnostico, ai quali sarebbe desiderabile fossero inviati subito tutti i militari che adducono dei disturbi nella sfera della specialità. Solo questi ospedali possono procedere allo smistamento con criterii pratici ossia allontanando dalla zona combattente solo coloro che hanno bisogno di lunghe cure e trattenendo gli altri per le cure più facili e rapide e per gli accertamenti medico-legali, specie nei casi sospetti di autolesione.

Negli ospedali delle retrovie e territoriali, non deve più tollerarsi che il medico debba incrociare le braccia davanti al rifiuto del militare a farsi curare convenientemente una lesione suscettibile di miglioramento o di guarigione. Il problema della profilassi antitubercolare che ora pare venga studiato con cure amorevoli un po' da tutti dovrebbe pure ricordare alle autorità competenti, che in molti casi lesioni delle vie respiratorie superiori possono essere una delle cause dell'entrata nell'organismo del bacillo tubercolare e che opportune cure praticate a tempo possono ovviare al grave danno; ecco un'altra ragione perchè questi malati siano inviati agli specialisti e non a caso in un ospedale qualsiasi.

Non meno importante è da ritenersi l'opera dello specialista per le perizie medico-legali nelle lesioni che menomano in tutto od in parte la capacità lavorativa sia come esito di ferite riportate in guerra, sia per lesioni volontarie, ecc.

Contro gli abusi e l'esagerazione nella facoltà di procedere ad atti operativi può essere sufficiente un controllo diretto da parte dei consulenti di armata o dei direttori delle cliniche o di altre autorità competenti nella zona dove gli ospedali risiedono.

Vi sono malati che non possono guarire presto e facilmente; per costoro la permanenza nelle disagiate condizioni della vita del campo aggraverebbe la malattia rendendo nello stesso tempo aleatorio il loro concorso: questi sono da inviarsi direttamente in zona territoriale, previo adeguato esperimento di cura, per essere utilizzati e curati ambulatoriamente nelle cliniche od in altri reparti; riservando l'internamento in ospedale ai casi più gravi o nei quali si giudica utile un intervento.

Ad un altro inconveniente serio provvedono in parte le nuove norme emanate a chiarimento delle disposizioni contenute nell'elenco: queste norme disciplinano in certo modo il servizio degli accertamenti medico-legali tendendo a far ritenere definitivo il giudizio emesso sul militare dopo l'osservazione in ospedale militare.

È un gran passo che toglierà man mano i contrasti talvolta scandalosi tra i giudizi dei varii periti, contrasto dovuto, a mio modesto modo di vedere, non ad un diverso modo di

interpretazione dei criterii sull'idoneità, ma alla mancanza di completa preparazione e cultura tecnica in qualcuno dei periti.

Ad ovviare l'inutile perdita di tempo in visite successive, per dare reale valore al pronunziato del medico specialista prescelto dal direttore dell'ospedale militare ove l'infermo ha passato l'osservazione, e per moralizzare lo scopo della visita di accertamento, io credo occorra che l'esito di essa per cui il militare ha ottenuto un certo provvedimento, appaia da documenti che accompagnano il soldato in tutte le sue peregrinazioni; esso servirà ad illuminare i medici nelle eventuali visite successive, per mutate condizioni di salute del militare, ed i superiori circa il contegno di lui. Quando il parere del primo sanitario competente il quale assume la responsabilità relativa sarà rispettato si vedrà subito diminuire la richiesta di visite, venendo automaticamente a cessare la speranza di un giudizio più favorevole od il timore che non venga riconosciuta una malattia realmente esistente.

Questo documento potrebbe essere p. es. il libretto personale sul quale vengono o dovrebbero essere iscritte tutte le variazioni riflettenti gli spostamenti ed i dati matricolari del militare. Nella diagnosi delle malattie della gola, del naso e dell'orecchio, occorre cultura ed esercizio pratico, perciò oggi non può essere ritenuta sufficientemente seria la prova del Valsalva, che da qualche commissione veniva adottata, come unica indagine, per accertare le condizioni dell'apparato uditivo. Un'altra necessità è la continua vigilanza sui malati ricoverati negli ospedali territoriali, perchè vi restino il minor tempo possibile e per evitare facili suggestioni a procurarsi delle malattie in soggetti predisposti, sotto l'influenza dei noti maestri d'astuzia che in tanti modi spesso riescono a sfuggire al proprio dovere.

Parecchi colleghi otorinolaringologi saranno lieti se, invece di essere adibiti in mansioni per cui non possano avere la necessaria preparazione, saranno tutti utilizzati nei confini delle proprie attitudini.

Un'altra questione richiede attenzione ed è quella che si riferisce agli autolesionisti e simulatori. Io credo poco all'efficacia di sanzioni penali per frenare questa piaga in certe anime vili, quindi ritengo necessario un rimedio più sicuro. In genere si tratta di individui con esiti di otiti o con otiti latenti le quali essi riacutizzano in tanti modi più o meno rispondenti allo scopo di ottenere l'allontanamento dalla linea del fuoco.

Ora, sia per le preesistenti lesioni, alle quali deve pure essere assegnata una certa parte nella determinazione dello stato obbiettivo, e ciò per graduare la responsabilità del soggetto, sia perchè effettivamente, nonostante la esperienza di due anni di guerra, non si hanno dati obbiettivi sicuri per giudicare serenamente, ne consegue che in qualche caso il perito deve pronunziarsi a favore dell'imputato e ciò diminuisce ancora il valore della sanzione penale.

Un solo rimedio può portare immediati risultati ed è di fare in modo che appena accertato il sospetto di autolesione il militare venga subito inviato nuovamente in trincea, dove riceverà quelle semplici cure nella maggior parte dei casi sufficienti a guarire. Ed ecco un'altra funzione utile da esplicare negli ospedali più avanzati da parte di specialisti: appena giunti i militari verrebbero esaminati rapidamente ma diligentemente; i bisognevoli di cure ospedaliere inviati nei reparti speciali delle retrovie, gli altri rinviati subito o dopo qualche giorno di cura ai corpi: gli autolesionisti rinviati ai corpi il più presto possibile colla relazione sul tentativo di frode nel libretto personale e coll'indicazione al medico del corpo del metodo di cura, e ciò senza pregiudizio dell'azione penale per cui sarebbero denunziati ai tribunali. Secondo me non c'è una punizione peggiore per i vigliacchi ed un miglior conforto ai disagi che i valorosi onestamente sopportano.

Mi pare di avere illustrato con dati di fatti la necessità dell'impianto di unità specializzate o di sezioni negli ospedali più avanzati.

La loro organizzazione non richiede molti mezzi; personale adatto e desideroso di prestarsi non manca, perciò lo studio della questione può portare a risultati favorevoli all'accoglimento di questa modesta mia proposta.

Credo fermamente nell'efficacia dei provvedimenti su citati ad integrazione delle disposizioni ottime testè emanate; mi sia lecito affermare che a pubblicare questa nota mi spinse l'idea che i benefizii conseguibili sarebbero di molto superiori all'entità della spesa e dei mezzi che la riforma richiede.

Il tracoma nell'Esercito.

La guerra, fra i più grandi problemi sanitari che si agitavano in Italia nel periodo antibellico, ha riacutizzato quello della *tubercolosi* e l'altro, non meno importante, riguardante la *congiuntivite tracomatosa*: malattia grave per chi la soffre, gravissima nei rapporti della società, costituendo il *tracoma*, e per i danni che apporta, nei riguardi dell'individuo, all'organo importante della vista, e per la sua enorme fa-

cilità di diffusione, una vera e propria *piaga sociale*.

Questa terribile malattia oculare, che tanta diffusione assunse fra gli eserciti d'Europa, di ritorno dalla spedizione d'Egitto, prese allora anche il nome di *oftalmia militare*. Grandissimo fu il numero di ciechi avutosi tra le truppe napoleoniche che fecero parte della spedizione d'Africa e, d'allora, si può dire che il *tracoma* si diffuse in maniera assai importante tra le popolazioni d'Europa, specialmente d'Italia, della Francia, del Belgio e dell'Inghilterra.

Fu tanto il danno e la impressione raccapricciante lasciati dalle epidemie che si susseguirono allora, che dopo quell'epoca e fino al periodo anteriore all'attuale guerra, la selezione del coscritto affetto da *tracoma*, fu sempre rigorosamente fatta, e devesi a questa misura scrupolosa se nel nostro esercito, rarissimamente si riscontrava un caso di *tracoma*.

In Italia i riformati per *tracoma*, nel periodo avanti la guerra, erano parecchie centinaia di migliaia, cifra enorme che dava l'indice della grave diffusione della triste malattia nel nostro paese.

* * *

Nella deficienza assoluta di provvidenze radicali contro un tale grave stato di cose, gli oculisti alzarono la voce chiedendo al Governo dei provvedimenti atti a infrenare lo estendersi della triste oftalmia. Con pubblicazioni scientifiche, con Congressi, con ogni mezzo di agitazione, finalmente, gli oculisti d'Italia avevano ottenuto dagli enti locali e dal Governo un certo interessamento, esplicantesi nell'incoraggiare e sorreggere la istituzione di *ambulatori antitracomatosi gratuiti*, nelle zone più colpite dalla malattia.

Ed invero quanti ci siamo trovati a capo di tali benefiche istituzioni (siccome lo dimostrano le statistiche annualmente pubblicate), abbiamo potuto notare, con vero compiacimento, come, accresciutasi la fiducia dei poveri ammalati verso tali istituzioni, grandissimo si dimostrava il beneficio. Per una malattia eminentemente cronica e fortemente contagiosa, gli *ambulatori antitracomatosi*, assicurando una cura opportuna e continuativa e agendo anche da centri di volgarizzazione di una sana profilassi contro la grave malattia, avevano dato, da circa un decennio da che erano stati istituiti (là ove sono stati istituiti, disgraziatamente in pochissimi centri), dei risultati benefici, come meglio non potevasi attendere da quanti ci siamo fatti propugnatori di tali *ambulatori*.

Quando però le più rosee speranze si cominciavano a nutrire intorno alla efficacia della lotta contro il *tracoma*, la guerra è scoppiata, e l'immane conflitto, travolgendo nel suo vortice distruttore uomini e cose, finirà coll'annientare, distruggendola di un colpo, l'opera benefica iniziata, e ci riporterà ai tempi tristissimi in cui il *tracoma*, senza freni, scorazzava per le belle nostre contrade, disseminando dolori e sventure senza fine.

* * *

Nel periodo antibellico, come sopra ho detto, le statistiche militari avevano fatto rilevare il gran numero di *riformati per tracoma* e specialmente tra i coscritti provenienti dai paesi del mezzogiorno d'Italia e delle isole in particolar modo.

Per parlare della sola Sicilia, regione che ho più studiata, i riformati per *congiuntivite tracomatosa e sue conseguenze* raggiungevano la enorme cifra del *31*: ‰, e se si tien conto dell'ultimo censimento che assegnava alla Sicilia una popolazione di circa *3,800,000* abitanti, i riformati per *tracoma e sue conseguenze* raggiungevano, nella sola Sicilia, la cifra imponente di circa *118,000*.

Scoppiata la guerra e intensificatosi il reclutamento, di fronte al gran numero di *coscritti tracomatosi* il Governo perdette addirittura la bussola e andò incerto e a tentoni nelle misure adottate, l'una che faceva a calci coll'altra.

In un primo periodo, tenendo in nessun conto l'art. 41 dell'elenco delle imperfezioni ed infermità, cause d'inabilità al servizio militare, si largheggiò nell'accogliere tra le fila dell'esercito anche gli affetti da *congiuntivite tracomatosa*, non facendo assistere alla visita specialisti in oculistica, ciò che diede luogo a gravi inconvenienti che è giusto tacere oggi. In un secondo periodo, quando si vide tutto il danno che la permanenza di moltissimi tracomatosi cagionò alla sanità del nostro esercito, dove il *tracoma* si cominciò a diffondere, si prese un provvedimento che non sapremmo abbastanza deplorare per la sua inopportunità e leggerezza. Si emanò una circolare che faceva obbligo d'inviare alle loro case tutti i militari affetti da *tracoma*. Un vero disastro nei riguardi della popolazione civile e anche nei riguardi dell'esercito, in mezzo al quale la mala pianta di coloro che si procurano le malattie, per sfuggire al servizio militare, crebbe in modo epidemico, vergognoso.

Un gran numero di militari si contagiarono di *tracoma* e, in breve tempo, le caserme abbon-

darono in modo impressionante di ammalati d'occhi.

Gli accecati di un occhio, specie il destro, i ciechi d'ambo gli occhi, i mezzi ciechi e gli affetti da *tracoma acuto*, con abbondante segregazione purulenta, non si contarono più. Un vero disastro, le cui conseguenze la nostra società risentirà in modo spaventevole dopo la guerra.

A questo punto il Governo, allarmato, volle correre ai ripari emanando disposizioni l'una contraddicente l'altra, creando uno stato d'animo, nei medici preposti alla visita dei militari, d'incertezza e perplessità.

Le Commissioni sanitarie giravano pei Distretti seguendosi le une alle altre, le cose però restavano nell'incertezza. Vi furono tracomatosi inviati alle loro case, ve ne furono inviati anche alla frontiera, moltissimi altri furono lasciati nei depositi in contatto con i militari sani e colle nuove reclute.

Il disastro, come si vede, saliva, saliva e le proteste crescevano.

Inascoltati, quando il danno non era che all'inizio, suggerimmo al Governo tre provvedimenti: 1° *la selezione dei tramocatosi e la loro riforma, quando il visus, per complicanze corneali, era tale da renderli inabili a qualsiasi servizio militare; 2° la costituzione di compagnie speciali di tracomatosi con visus buono, però pericolosi di contagiare i militari sani; 3° la istituzione di reparti speciali di cura, sotto la direzione di oculisti, per quei militari che presentassero forme di congiuntiviti acute tracomatose o, comunque, sospette.*

Ma la nostra voce modesta e quella più autorevole di valorosi oculisti non fu intesa che assai tardi, quando, a mio giudizio, il danno raggiunse proporzioni gravissime e irreparabili.

Fu, finalmente, incaricato dal ministro della guerra l'illustre prof. Cirincione, della Clinica oculistica di Roma, di ispezionare tutti i soldati del XII Corpo d'Armata, e mi è noto che quell'ispezione rivelò la esistenza di oltre 1500 autolesionisti: problema gravissimo, alla cui soluzione affermasi che lavori personalmente S. E. il generale Sforza ed il ministro Morrone.

Ma finora non s'è visto alcun frutto.

La creazione di reparti oculistici di cura presso le sedi di distretto militare non può che essere provvisoria.

Io tacerò sul funzionamento di tali reparti, sui locali adibiti per tali cure, sulla regolarità del come funzionano. Certamente la Commissione ha il dovere di visitare questi reparti e rendersi conto dei provvedimenti emanati, perchè essi non tornino a danno piuttosto che a beneficio dei militari affetti da *tracoma ed altre forme di congiuntività.* Sento il dovere di constatare oggi, che ancora moltissimi *tracomatosi* sono lasciati liberi nei quartieri a disseminare il male, che ancora molti militari, vigliaccamente, ricorrono a impostori procurandosi delle gravi oftalmie e si vedono vagare liberamente per le strade. Sono convinto che il danno è così grave che nessun rimedio, da parte dell'autorità militare, potrà porvi riparo; piuttosto è nostro dovere richiamare l'attenzione del Governo sull'importante argomento per sollecitare i provvedimenti che varranno a salvaguardare la popolazione civile, fino a quanto si può, dal pericolo che la sovrasta.

La guerra, fra le tante sventure ci lascerà quest'altra: tra i mutilati e resi inabili, glorioso avanzo delle patrie battaglie, avremo gli auto-mutilati, gl'infelici per vigliaccheria, inglorioso retaggio dell'orrendo conflitto, i quali, però, graveranno lo stesso sulla economia nazionale, rendendo più difficili le condizioni economiche della Nazione dopo la fine della guerra.

Un gravissimo compito rimarrà per il dopo guerra agli enti locali e al Governo per fronteggiare questa grave recrudescenza della terribile malattia oculare.

S'impongono dei provvedimenti energici e opportuni da parte delle autorità perchè la campagna contro il *tracoma* venga ripresa con maggiore vigore, non lesinando i mezzi alle istituzioni, come gli *ambulatori antitracomatosi gratuiti*, perchè essi in tutte le zone più colpite dalla diffusione del male, possono con larghezza di mezzi funzionare.

Io formulo l'augurio che questa guerra crudele, che ha sciolto la promessa del nostro popolo verso i grandi assertori dell'unità italiana, apporti, insieme alla redenzione dei fratelli nostri dalla barbara dominazione straniera, la redenzione dei mali che travagliano il popolo nostro generoso e valoroso, specialmente i mali che ne fiaccano l'organismo a danno della potenza e del valore della Nazione.

Girgenti, 21 maggio 1917.

Dott. L. ALAJMO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

(Seduta ordinaria del 29 aprile 1917).

Presidenza del prof. F. DURANTE.

Le lesioni valvolari del cuore nei militari.

Prof. GIOVANNI GALLI. — In base alle ricerche fatte ed agli studi compiuti discute sull'utilità che lo Stato potrebbe avere dall'incorporare nell'esercito i militari affetti da lesioni valvolari del cuore in determinate condizioni. Legge a tal proposito alcuni «elenchi militari» di altre nazioni nei quali non poche lesioni cardiache sono ritenute tali da non esser causa di riforma.

Conclude su i vantaggi che se ne avrebbero anche nel nostro esercito, riferendosi all'«Elenco militare».

Il prof. CAMPANA approva tutta la parte intesa alla radiografia radiosfimmonica del cuore, perchè è quella che illustra non solo ciò che si sa fino ad oggi sulla patologia dell'organo, ma principalmente la parte di cui si è occupato recentemente, cioè la miocardite che è morbo da ammettere in sì frequenti casi di mali di giovani, e dei quali non si pensava prima: specialmente per l'azione della sifilide ereditaria, sì frequente ad attaccare quest'organo, che si trova alterato in numerose autopsie e in cui, per lo passato, si voleva vedere ipertrofia, dilatazione del cuore e per lo più un effetto del meccanismo compensativo.

Non si unisce al collega per desiderare che la definizione dei mali organici del cuore, che porterebbero alla esenzione M. od a parte di essa possa esser data nella stregua dello studio funzionale dell'organo.

Il generale medico prof. RHO esprime il parere che pei militari affetti da vizio cardiaco perfettamente compensato e che desiderano rimanere nelle file dei combattenti possa essere concesso di continuare nel servizio.

E' inoltre d'opinione che — per lo meno nella marina — non si debbano dichiarare inidonei i sottufficiali e ufficiali che eventualmente presentassero un vizio cardiaco ben compensato. In questo senso l'Ispettorato di sanità della marina ha proposto di modificare l'Elenco delle infermità in un progetto di modificazioni a quello vigente.

Il prof. ARCANGELI è del parere che gli affetti da vizi di cuore gravi siano senz'altro riformati, mentre gli affetti da vizi leggeri, sotto la sorveglianza del medico, potrebbero benissimo essere adibiti nei servizi ausiliari.

Acro-asfissia cronica ipertrofica associata a sclerodermia.

Prof. FUMAROLA. — Presenta una paziente affetta da sclerodermia del volto, associata ad acro-asfissia cronica ipertrofica delle mani. Fa rilevare come i casi di acro-asfissia cronica ipertrofica conosciuti nella letteratura siano pochissimi, ed unico quello presentato dall'O. con sclerodermia del volto associata. Accenna ai caratteri differenziali dell'acro-asfissia cronica ipertrofica con alcune altre forme morbose che, a prima vista, potrebbero simulare l'affezione in parola. Conclude esprimendo l'ipotesi che la sindrome a carico delle mani osservata nella paziente deve, verosimilmente, ascriversi al gruppo delle simpaticopatie della cute e del connettivo sottocutaneo da ipotiroidismo. Difatti, la coesistente sclerodermia, l'ipotensione arteriosa, la notevole accentuazione del riflesso oculo-cardiaco, costituiscono una triade sintomatica caratteristica degli stati di accentuato ipotiroidismo.

Sulle afasie e amusie di origine organica.

Prof. G. MINGAZZINI. — Riferisce brevemente sopra una donna la quale *intra vitam* aveva presentato disturbi della parola associati a disordini del linguaggio musicale. Essa era incapace di esprimere spontaneamente alcun pensiero mediante i simboli verbali ordinari ed era obbligata a ricorrere al linguaggio mimico mentre era in grado di ripetere correttamente quasi ogni parola. Aveva inoltre perduto la capacità di leggere.

La malata era una discreta suonatrice di piano e poteva non solo comprendere le arie musicali udite ma anche, invitata a cantare, riusciva abbastanza bene a mettere insieme anche dei lunghi pezzi di musica: aveva financo imparato le nuove canzonette di guerra; viceversa, non era più in grado di comprendere il significato delle note musicali scritte.

All'autopsia si trovò un rammollimento abbastanza esteso dell'emisfero cerebrale sinistro e che colpiva la porzione posteriore del giro temporale supremo, il giro marginale e sopra angolare. La malacia si addentrava nella sostanza midollare fino quasi a raggiungere il ventricolo laterale.

L'O. fa delle considerazioni circa la localizzazione dell'afasia motoria trans-corticale come pure intorno alla localizzazione dei cosiddetti centri musicali, mettendo in rapporto il suo caso con quelli finora raccolti nella letteratura nostrana e straniera.

Presenta all'Accademia il pezzo macroscopico del cervello riserbandosi di studiarlo mediante tagli seriali.

Su un nuovo metodo per la conservazione e mummificazione delle sostanze animali e vegetali con i gas asfissianti.

Prof. D. LOMONACO. — Presenta un gran numero di animali e vegetali da lui conservati e mummificati mediante i gas asfissianti. Fa inoltre notare come l'azione di essi si esplichi in modo assoluto sulla flora batterica intestinale dato che, da ricerche fatte sugli animali trattati con detti gas, essa si trovò completamente assente. E. GROSSI.

Pubblicheremo prossimamente:

A. CHIASSERINI, *L'ipotensione arteriosa nei feriti cavitari dell'addome;*

G. MONTI, *Contributo allo studio dei medicamenti con fermenti lattici;*

O. PALEANI, *Sulla diagnosi e sulla sieroterapia della meningite cerebro-spinale epidemica;*

S. PUGLISI, *Cure combinate del tetano dichiarato.*

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Una nuova concezione patogenetica della nevrastenia.

A. J. Riggs sostiene (*Bull. Johns Hophins Hospital*, XXVI, n. 308) che nella così detta « nevrastenia » è spesso riconoscibile un disordine mentale primitivo, essenziale.

Secondo questo autore il nevrastenico può essere organicamente normale, sano di corpo e di mente, ma usa con poca abilità e accortezza le sue risorse psichiche, perchè non si trova nelle condizioni d'ambiente (adjustment) in cui gli sarebbe più agevole di valorizzarle e di farle rendere.

Se, come si ritiene comunemente, il nevrastenico fosse un esaurito, il riposo lo guarirebbe; invece gli arreca quasi a colpo sicuro molto danno: più egli riposa, più si accentua la sua sensazione di stanchezza e cresce la sua incapacità al lavoro, sino a che egli diviene un invalido.

Il neurologo americano ha notato che quasi tutti i nevrastenici sono vissuti in condizioni sociali di agiatezza o di semi-agiatezza; che non sono stati astretti a lavori mentali rudi od esaurienti; che hanno dovuto lottare solo con le difficoltà ordinarie della vita; ma, appunto per queste ragioni, forse anche perchè primitivamente emotivi e di carattere suscettibile, hanno ceduto facilmente alle prime contrarietà gravi ed insolite, si sono ripiegati su loro stessi, hanno rinunziato alla lotta e un po' per volta si sono dissuasi dal lavoro utile; nonpertanto avvertono acuto il rammarico ed il rimorso della loro mancata partecipazione alla vita attiva e della loro scarsa produttività.

Solo rare volte hanno incontrato ostacoli persistenti o sono stati travagliati da sventure che ne hanno messo a dura prova la resistenza psichica.

Stando così le cose, giova indurre i nevrastenici a trasformare in attuali le loro energie potenziali; in altri termini, ad utilizzare la loro capacità di lavoro; se no si rafforza sempre di più in essi il convincimento di essere esauriti, incapaci, *declassés*. L'attività progressiva emenda la loro inettitudine apparente al lavoro: è la loro salvezza.

Se la nevrastenia dipendesse da disordini somatici, guarirebbe curandoli: ciò invece non avviene. La nevrastenia non è funzione di dispepsie, di stitichezza, di cardiopatie, di nefropatie, di infezioni croniche, ecc.: questi stati morbosi sono troppo dissimili perchè possano tradursi in una sindrome unica, quale è la nevrastenia; d'altra parte sono quasi sempre miti nel nevrastenico, il quale usa troppi riguardi alla sua salute perchè in lui una qualsiasi malattia possa prendere piede. Questi stati morbosi dunque intervengono solo come epifenomeni; emendandoli, non consegue che un miglioramento temporaneo, da effetto suggestivo, dello stato neuropsichico fondamentale, il quale sta a sè.

Una prova convincente di tale assunto è data anche dal fatto che in non pochi nevrastenici non si riscontra nessuno stato morboso collaterale di qualche entità, che valga a far interpretare la nevrastenia quale manifestazione secondaria.

Se la nevrastenia dipendesse da una debolezza costituzionale dell'organismo, nulla varrebbe a redimerla; invece si osservano molte guarigioni: l'A. ne vanta un buon numero ottenute nel suo sanatorio per nevrastenici, il quale è divenuto celebre appunto in seguito a questi successi.

Le stesse considerazioni portano ad escludere, nella generalità dei nevrastenici, l'esistenza di alterazioni strutturali sia pur lievi del sistema nervoso (quali sono state ammesse per es. da Régis).

Insomma, la sindrome « nevrastenia » è originariamente indipendente da condizioni somatiche, e spesso esiste a dispetto di un sistema nervoso strutturalmente normale, di un organismo praticamente sano.

***

L'A. avanza l'ipotesi che la nevrastenia si riduca ad uno stato mentale delusivo; il nevrastenico sarebbe un ambizioso scoraggiato, divenuto scontento della vita; egli si è lasciato impressionare e disorientare dalle difficoltà ed è andato fuori di strada, si è smarrito per vie impervie. Alla fine trova un'ancora di salvezza: gli riesce comodo di attribuire ad « esaurimento nervoso » i suoi insuccessi; di giustificare la sua insufficienza, la sua indolenza, la miseria della sua vita ed il suo quietismo, od almeno il desiderio di sottrarsi alla lotta, invocando una pseudomalattia dall'etichetta greca, che i familiari secondano e che i medici inconsideratamente mettono ogni impegno a coltivare. Non più attratto dalla vita esteriore, egli diviene sempre più egocentrico: rivolge la sua attenzione sulle proprie sensazioni, normali o morbose; così moltiplica le sue apprensioni e se ne sente snervato. In questo modo accresce ancora la sua incapacità al lavoro utile: in altri termini, si stabilisce un circolo vizioso.

La cura del nevrastenico dovrebbe consistere, dunque, in una psicoterapia ben diretta, che lo rieduchi fondamentalmente, ne rivivifichi la mentalità, gli restituisca la confidenza in se stesso, ne ridesti l'ambizione, la quale è una delle più potenti molli della vita; che gli apprenda a non lasciare inoperose le proprie risorse, contentandosi anche di successi parziali; gli inculchi la necessità di proporre a se stesso compiti positivi raggiungibili, e di mettere a servizio di essi il proprio organismo fisico e psichico.

Si tratta di ripristinare la sua efficienza, di eliminare dalla sua psiche i fattori inibitori, di ricostituire il *self-control*. All'uopo è necessario un forte ascendente da parte del medico.

L'autore si giova molto della persuasione: la mette in opera durante lunghe visite che si protraggono per circa un'ora, prima quotidiane e poi a intervalli di 2-3 giorni; in queste visite discorre col malato dandogli prova di simpatia, evitando d'ingenerare la noia con una soverchia insistenza; al tempo stesso ricorre anche ad articoli su fogli volanti (ne riporta un saggio). In genere rinunzia alla suggestione; solo qualche volta si vale della psico-analisi, non a scopo curativo, ma per scandagliare la personalità del soggetto.

Frattanto il malato torna gradatamente alla attività muscolare ed intellettuale; esegue degli esercizi fisici, specialmente sportivi, che riescono gradevoli, in quanto che implicano l'emulazione; studia degli argomenti che rispondono ai suoi bisogni ed ai suoi interessi, in modo ordinato e sottoponendosi alla disciplina del dovere; prende delle ricreazioni e del riposo; evita gli sforzi eroici, assurdi e fugaci. Così viene restituito alla vita normale.

Solo se esiste una «bancarotta fisiologica» l'A. prescrive il riposo protratto, ma non mai oltre una decina di giorni e non mai assoluto, poichè non si deve dimenticare che il lavoro costituisce la cura del nevrastenico.

Il lavoro riconduce anche il sonno, il quale segue naturalmente alla stanchezza fisiologica; a produrre il sonno l'A. fa concorrere anche un elemento psichico: convince il paziente a non preoccuparsi affatto della sua insonnia.

La dispepsia dilegua, sia perchè il lavoro intensifica le funzioni nutritive e quindi attiva anche quelle digerenti, sia perchè il malato apprende a non fare troppo caso alle impressioni addominali sgradevoli.

Altrettanto avviene per altri disturbi funzionali, così comuni tra i nevrastenici.

È appena necessario di rilevare che occorre premettere un esame diligente del malato, per riconoscere le eventuali malattie organiche e curarle.

Nella sua casa di salute l'A. assoggetta i malati alla cura su esposta in media per 4 settimane, non mai oltre 6; poi li rimanda a casa per 2-6 mesi o più, ad applicare gl'insegnamenti appresi; di solito gli effetti della cura vanno attenuandosi in questo tempo, onde l'A. richiama i malati nel sanatorio per pochi giorni, durante i quali sottopone ad un esame critico i successi e gl'insuccessi e infonde nuova lena; alle volte si rende necessario un terzo soggiorno, dopo 6 mesi-un anno.

Sono molto incoraggianti i risultati che l'A. consegue, almeno nelle nevrastenie che possono dirsi primitive, semplici, ossia non complicate a tubercolosi, arteriosclerosi, alcoolismo, morbo di Basedow, morbo di Addison, ecc. o che rappresentano stadî prodromici di psicosi organiche. Dopo 2 anni egli aveva incirca 47 % di guarigioni stabili, 36 % di miglioramenti notevoli, 15 % di miglioramenti, 1 % senza nessun miglioramento; dopo 3 anni queste percentuali erano così modificate: 57, 30, 11, 1.

La terapia riferita può, senza meno, applicarsi anche nella pratica corrente, sia pure con minori probabilità di successo.

L'A. osserva che i successi terapeutici non implicano necessariamente l'attendibilità della concezione patogenetica da cui derivano; ma certo depongono in favore di essa. Questa concezione viene dall'A. offerta modestamente come semplice *ipotesi di lavoro*. Essa ha il pregio della chiarezza e della semplicità; a noi pare che proietti una vivida luce sul processo morboso, molto inomogeneo, che va sotto il nome di «nevrastenia»: per lo meno, in questo guazzabuglio essa differenzia e individua una forma morbosa definita e presumibilmente molto comune.

L. VERNEY.

TERAPIA.

L'uso terapeutico del corpo luteo.

Il corpo luteo si sviluppa nel follicolo di Graaf, dopo la rottura e dopo che l'uovo ne è stato scacciato; se quest'ultimo viene fecondato, il contenuto del follicolo si organizza, acquista un colore giallo e la ghiandola risultante prende il nome di corpo luteo. Se invece non si ha il concepimento, il corpo diventa bianco — *corpus albicans* — e viene gradatamente assorbito, lasciando una cicatrice.

Il corpo luteo elabora una secrezione interna, che determina lo sviluppo di caratteri sessuali secondarii, come la crescita del seno, dell'utero, dei peli all'ascella ed al pube; esso esercita la sua azione sulla mestruazione, che

cessa in seguito a malattia od all'ablazione del corpo luteo stesso. Esso è di importanza capitale per i cambiamenti uterini, connessi con l'impianto dell'uovo e la sua conservazione nei primi stadii della gravidanza, ritarda l'ovulazione durante la gravidanza ed alla fine di questa viene gradatamente riassorbito; ed inoltre, insieme alle altre ghiandole endocrine, mantiene l'equilibrio nervoso ed il metabolismo normale.

La terapia con il corpo luteo è stata iniziata (H. E. Happel, *Medical Record*, 19 maggio), nel 1904. L'estratto ottenuto da ovaie di animali gravidi è naturalmente più efficace di quello ottenuto da animali non gravidi.

Esso è utile nel trattamento della dismenorrea ed amenorrea funzionali, nelle mestruazioni scarse delle giovanette: il ferro, l'arsenico ed altri medicamenti possono esservi associati. L'estratto di tiroide e quello di corpo luteo sono assai indicati nelle mestruazioni irregolari e scarse delle giovani con tendenza all'obesità.

Le neurosi della menopausa naturale, artificiale o prematura vengono efficacemente combattute con esso. L'estratto va somministrato subito dopo l'ablazione delle ovaie, allo scopo di prevenire la sgradevole nervosità, i sudori, le vampe, ecc., che si sviluppano in queste operate.

Anche il complesso di sintomi dovuti ad insufficienza ovarica, come astenia, incapacità di concentrare il pensiero, nervosità, mestruazioni scarse ed irregolari, viene trattato con successo. L'estratto di corpo luteo è altresì raccomandato nei vomiti delle gravide, anestesia sessuale, sterilità ed aborti ripetuti non dipendenti da lesioni patologiche. Il suo uso può essere continuato a lungo senza timore di effetti tossici, eccetto una sensazione di pienezza al capo o di vertigini. L'inconveniente consiste nel prezzo tuttora elevato. I. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(866) *Sulla resistenza del virus tubercolare nell'ambiente.* — L'abbon. 1868 scrive:

« Prego voler in tesi generale indicare dopo quanto tempo una casa e gli oggetti in essa contenuti possono considerarsi esenti da infezione tubercolare dopo l'allontanamento dell'infermo.

« Certo io — e tutti — le saremmo grati se volesse — potendo — stabilire dati precisi e particolareggiati fra i diversi oggetti ed ambienti in relazione coll'aerazione, umidità, luce, calore ».

La questione sollevata dal collega potrebbe trovare risposta nei risultati della discussione dibattutasi, anni or sono, fra Cornet e Flügge, sostenitore il primo della quasi esclusiva importanza degli sputi tubercolari essiccati e polverizzati, assertore il secondo del prevalente modo di contagio rappresentato dalle goccioline, cariche di virus infettante, emesse dalla bocca dei tubercolotici.

Invero nessuna delle osservazioni, degli argomenti, delle esperienze portati dai sostenitori dell'una, o dell'altra teoria, è tale da permettere una conclusione esclusiva a favore di una delle due dottrine.

Nè un maggiore convincimento ci riuscirebbe di ottenere, prendendo in considerazione le ricerche di taluni AA. sulla resistenza del virus tubercolare nell'ambiente esterno, tanto mai dissimili sono i risultati ottenuti, non già per imperizia di tecnica o difetto di osservazione, ma perchè la resistenza del B. tubercolare è strettamente legata a diverse condizioni di ambiente che, come variano da esperienza a esperienza, con maggiore intensità diversificano nella vita naturale: quantità di germi, substrati diversi, condizioni di umidità, di luce, di calore.

Nel caso pratico, accennato dal collega, dall'ambiente contaminato, è stata allontanata la causa di inquinamento; sulle pareti, sui pavimenti, sui mobili sono rimasti spruzzi di sputo, i quali col tempo si fanno secchi e si polverizzano. A ogni mutamento di velocità dell'aria queste polveri infettanti si sollevano nell'ambiente e vengono quindi inspirate dai nuovi abitatori. Sappiamo che col tempo, e per opera stessa dell'essiccamento, i germi tubercolari soccombono o tutti o in parte e che i sopravissuti diminuiscono se non altro di vitalità e di virulenza. Stabilire però i limiti di tempo nei quali avviene la sterilizzazione degli escreati essiccati non sembra possibile allo stato attuale delle nostre cognizioni; ma ad ogni modo de-

vono passare mesi e anni. Non sempre e non in tutte le condizioni: Chaussé, ad esempio, ritiene tale materiale infettante almeno per i primi dieci giorni, ma vi è una serie di autori che hanno dimostrato la virulenza degli sputi tubercolari essiccati anche dopo 3 mesi, anche dopo un anno e otto mesi. Shalders ha ritrovato i Bb. tubercolari nella polvere di una camera dove 14 anni prima erano morti dei tisici!

Si può fare una critica a questi risultati e cioè che sono stati ottenuti mediante inoculazione del materiale nelle cavie, col qual metodo basta, teoricamente, anche un sol germe introdotto nell'organismo, per determinare la tubercolosi. Vi sono ricerche le quali dimostrano che materiale infettante con questo sistema, si comporta in modo avirulento nelle esperienze di inalazione. Flügge ritiene che con l'essiccamento i germi diminuiscono di virulenza tanto da divenire inoffensivi per le vie respiratorie.

Un fatto sembra bene accertato ed è la scarsa resistenza del B. tubercolare all'azione dei raggi solari e della luce diffusa: quasi tutti gli AA., che si sono occupati dell'argomento, si trovano d'accordo nel ritenere che dopo 10-40 ore di esposizione al sole gli sputi tubercolari non sono più infettanti e Jousset afferma che una esposizione alla luce solare o alla luce diffusa per 48 ore è necessaria e sufficiente per assicurare la sterilizzazione completa degli sputi tubercolari.

Credo che il collega sarà meco d'accordo nel ritenere che questi risultati sperimentali potrebbero essere presi in considerazione, qualora si avesse a fare con case ideali nelle quali ogni ambiente, ogni corridoio, ogni angolo potesse soggiacere alla benefica azione della luce diffusa, se non dei raggi solari; nelle quali non persistessero cause di umidità e fossero soppressi tutti gli angoli morti, dove, in opportune condizioni di oscurità, di calore, di umidità, il virus tubercolare può rimanere vivo e virulento tanti mai anni e più, di quanto risulta dalla impressionante osservazione di Shalders.

Le fatte considerazioni dimostrano al collega che non è possibile, allo stato attuale delle nostre conoscenze, dare risposta alla proposta questione. Queste imperfette nostre conoscenze sul modo di contagio e sulla resistenza del virus e le usuali condizioni dei locali di abitazione, ci costringono in ogni caso a procedere ad accurate disinfezioni degli ambienti, per doverosa misura precauzionale, dopo l'allontanamento del tubercoloso, fossero pur trascorsi mesi e anni.

G. SAMPIETRO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Prof. F. UMBER. *Malattie del ricambio.* Traduzione del dott. R. Romanese. Un vol. in-4° di 470 pagg. con numerosi diagrammi e tavole a colori. Un. tip. editrice torinese. Prezzo L. 17.

Gli studî sulle malattie del ricambio hanno notevolmente progredito in quest'ultimi tempi sia dal lato delle patogenesi che da quello della terapia, e molti concetti errônei si sono modificati in base alle osservazioni sistematiche sul ricambio, condotte con la ricchezza di mezzi di cui possono disporre i grandi istituti e prolungate per un sufficiente periodo di tempo.

Il presente trattato, dopo le necessarie generalità sull'alimentazione e sugli scambi di sostanze, tratta largamente la polisarcia, il diabete, la gotta, le calcolosi, riportando numerose osservazioni personali ampiamente studiate in un reparto ospedaliero destinato appunto alle malattie del ricambio.

Non mancano accenni alle nuove teorie, che sembrano offrire una migliore interpretazione dei fenomeni, come p. e. la colloido-chimica dell'acido urico.

Vengono a parte trattati alcuni disturbi del ricambio (pentosuria, alcaptonuria, ecc.) che pure essendo rari hanno una certa importanza sia teoretica che pratica. FIL.

FRANK P. UNDERHILL. *The physiology of the amino-acids.* Un vol. in-16° di 169 pag., con tavole e figure, rilegato. Yale University Press New Haven e Humphrey Milford, London. Prezzo doll. 1.35.

I nostri concetti sul destino e l'utilizzazione delle sostanze proteiche nell'organismo sono radicalmente cambiati in questi ultimi tempi e, corrispondentemente anche gli studî sulla nutrizione e sul ricambio hanno subito notevoli mutamenti.

L'importanza che prima si attribuiva per la nutrizione alle sostanze proteiche viene ora data agli amino-acidi. Opportunamente quindi l'A. riassume in forma chiara e concisa le idee attuali su questi composti, esponendo le diverse teorie ed i numerosi esperimenti che gettano un po' di luce su questo campo ancora oscuro. Dopo alcune considerazioni generali sulle sostanze proteiche e sui loro derivati, studia la digestione e l'assorbimento il destino ulteriore degli amino-acidi, e l'ufficio specifico di essi in rapporto alla nutrizione ed all'accrescimento, nonchè il metabolismo proteico. FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La visita di S. E. Bonicelli ai servizi sanitari alla fronte.

Si è già accennato, nel nostro giornale, alla ispezione fatta da S. E. Bonicelli, Sottosegretario di Stato per l'Interno, ai servizî sanitarî in zona di guerra.

Quella visita si è svolta nell'ultima settimana di agosto, quando più intensa ferveva la lotta per la nostra avanzata. Ma il rombo delle cannonate non l'ha disturbata: a S. E. Bonicelli non giungeva nuovo, dacchè appena scoppiata la guerra, l'eminente statista si arruolò — semplice soldato — negli alpini e trascorse lunghi mesi di trincea fra le candide nevi del Tonale e dell'Adamello, che ha poi abbandonato per gli oscuri meandri di palazzo Braschi.

Ci è sembrato interessante di raccogliere i suoi apprezzamenti sui servizî che aveva ispezionato, apprezzamenti che debbono riuscire spassionati e obbiettivi, in quanto che provengono da un osservatore estraneo alla medicina e d'intelligenza superiore.

S. E. ci ha accolto con quella schietta e cordiale affabilità che è sua caratteristica, e di buon grado ha aderito al desiderio manifestatogli di sentire descritte dalla sua viva voce le cose più notevoli che aveva osservato.

Ottima, ci ha detto, è stata l'impressione riportata in questa visita, che venne estesa alla parte orientale della fronte, da Monfalcone a Gorizia, a Caporetto, a Cervignano, a Cividale, dove più violenta e sanguinosa si combatte la guerra e dove naturalmente più energiche e rigorose debbono essere le misure attuate per impedire la diffusione di malattie infettive.

Quanto alla tumultuosa attività imposta dalle imprescindibili esigenze della guerra, si svolge regolarmente l'opera igienica, a cui lavorano di perfetto accordo le autorità civili e militari, con unità di indirizzo ed animate dal solo scopo di una efficace tutela della pubblica salute.

Oltre alle Commissioni sanitarie presso il Comando Supremo, ed alle Sezioni d'ispezione per le malattie infettive, notevole è l'istituzione, nei territorî redenti, di ufficiali sanitarî nominatî dal Comando Supremo per ogni Comune o gruppo di Comuni, nella persona di ufficiali medici già esperti nei servizî di profilassi. Essi formano il vero collegamento tra i funzionarî civili, quali i medici distrettuali (corrispondenti ai medici provincali aggiunti) ed i medici militari capi-servizio delle unità dislocate nel territorio di loro competenza

Ma l'opera di tutti sarebbe insufficiente se non fosse integrata dai mezzi necessarî, che sono forniti con sufficiente larghezza: squadre profilattiche, le quali costituiscono delle vere sezioni di disinfezione, laboratorî batteriologici, che in numero di oltre sessanta si dimostrano di grande utilità non solo per i militari, ma anche per la popolazione civile, piccoli ospedali avanzati d'isolamento, stabiliti, dove non è possibile altrimenti, anche sotto le tende; grandi lazzaretti, provvisti di tutti i mezzi occorrenti, in amene località, circondati da grandi alberi, che li fanno quasi sembrare luoghi di villeggiatura.

Notevoli fra i lazzaretti quelli di Albana e di Villa Vicentina, l'uno e l'altro in pieno territorio conquistato. L'aspetto tranquillo, la grandiosità degli impianti, perfetti sotto ogni rapporto, con una saggia distribuzione dei servizî, l'ordine meticoloso e la scrupolosa pulizia che vi regnano, tutto contribuisce a rendere questi ospedali d'isolamento, degni di ogni ammirazione.

Oltre agli ospedali per malattie infettive comuni, ve ne sono altri per le malattie celtiche, in cui vengono tenuti i venerei, fino a scomparsa delle manifestazioni contagiose. Siccome poi trattasi di individui, che sono generalmente in piena capacità lavorativa, essi vengono utilizzati per lavori manuali diversi, come la costruzione e l'ampliamento dei reparti, la riparazione di materiali bellici, ecc.

Nelle stazioni di bonifica (una delle quali a Staro Selo, in vicinanza a Caporetto) si avvicendano le truppe a riposo, per subirvi una minuta pulizia personale, con speciale riguardo allo spidocchiamento.

Altre misure profilattiche di grande importanza riguardano i prigionieri, che vengono riuniti in campi di concentramento, muniti di sezioni di isolamento, bagni, stazione di disinfezione, ecc. Ivi i prigionieri subiscono dapprima una visita sanitaria e la così detta bonifica, consistente nelle diverse pratiche di pulizia personale (bagno, tosatura, spidocchiamento). Vengono poi sottoposti ad esame batteriologico ed in seguito inviati alla destinazione definitiva. Quando si pensi che nei tre campi, visitati da S. E., si trovavano circa 16.000 prigionieri di truppa ed oltre 500 ufficiali, si avrà un'idea dell'immane lavoro che esige questo servigio, e dell'immenso beneficio che porta questa scrupolosa cernita.

Un'altra visita assai interessante è stata quella ai magazzini avanzati di recupero. Non si ha un'idea della grande quantità di cose che

lascia dietro a sè un esercito, nelle trincee che si abbandonano, sugli accampamenti che si levano:, abiti, biancherie, scarpe, zaini, armi infrante, giberne, bossoli, casse, ecc. Tutto questo materiale viene raccolto ed in parte riattato, in parte altrimenti utilizzato, costituendo così una preziosa economia, nell'enorme sciupìo che porta con sè la guerra.

Ma tutto questo materiale, prima di passare nelle mani degli operai che lo lavoreranno, deve subire dei trattamenti che lo rendano innocuo, che lo puliscano e lo disinfettino. Perciò, in codeste stazioni di ricupero, sono stati fatti dei grandi impianti, dove i diversi oggetti subiscono la disinfezione del caso, col vapore, con la formaldeide, con l'anidride solforosa; i panni vengono lavati in lavanderie meccaniche, e così possono venir maneggiati, senza timore di danno alcuno.

Ma non solo per l'Esercito esistono tutte queste istituzioni sanitarie. Sempre in omaggio allo spirito di concordia, che anima i poteri civili e militari, parallelamente a queste istituzioni se ne sono create altre analoghe per la popolazione civile, riunite, dove è possibile, negli stessi stabilimenti, allo scopo di rendere più agevoli e spediti i servizî. Di più, quando per le speciali esigenze militari veniva a formarsi un agglomeramento di operai borghesi, addetti a lavori militari, si è pensato di costruire delle case operaie che formano, come p. e. a Villa Vicentina, dei veri villaggi, con comodi dormitorî, con bagni, lavanderie, infermerie, ecc. In tali villaggi l'operaio vive in un ambiente tranquillo di benessere.

Così, ha concluso l'on. Bonicelli, accanto alla guerra distruttrice, l'Italia nostra, che in essa si foggia una nuova anima, vigila per il suo avvenire e per la salvezza del popolo, provvedendo a feconde e nobili opere di pace.

A. FILIPPINI

Le Università di guerra.

Ogni autunno di guerra richiama alla nostra considerazione il problema degli studî di medicina, problema che si riconnette alle attuali necessità militari ed all'avvenire della scienza e della professione medica. Gli aumenti sempre crescenti degli effettivi richiedono una quantità di medici di cui il nostro paese, benchè in tempo di pace fossero proporzionati ai bisogni, non disponeva. Donde la necessità di non arrestare il corso degli studî a quelli che erano iscritti alle facoltà di medicina. A tale scopo fu istituita nelle immediate vicinanze della zona di operazioni la così detta Università castrense di San Giorgio di Nogaro.

Le deficienze di questa scuola improvvisata furono dopo il primo anno troppo manifeste e si credette allora di riparare all'inconveniente concentrando nell'Università di Padova quasi tutti i militari studenti di medicina.

Si ebbero così due scuole mediche di guerra. Queste, a dir vero, ebbero pochi e poco autorevoli e meno convinti sostenitori. Per quel che riguarda la sedicente Università di San Giorgio di Nogaro, i più sinceri dichiararono che dopo aver speso tanto danaro, non si poteva annullare l'istituzione: la rinuncia sarebbe stata la confessione di imprevidenza e di sperperi.

Un autorevole uomo politico venuto qui in zona di guerra lo scorso anno per rendersi conto del funzionamento della scuola e studiare i mezzi per correggerne i difetti, ebbe a dichiarare francamente ed esplicitamente che si trattava di errore grossolano ma che difficilmente si poteva di botto abolire la scuola.

È da augurarsi che ora, all'approssimarsi di un nuovo inverno di guerra, la quistione sia affrontata con maggiore risolutezza e migliori intendimenti.

L'anno scorso era lecito presumere che la guerra sarebbe finita nel 1917 ed il prolungare di un anno solo un deplorevole e deplorato stato di cose era ancora tollerabile. Ma ora che la tormentosa esperienza ci ha insegnato che qualsiasi presunzione sulla durata della guerra è ingiustificata, non si può e non si deve perseverare indefinitamente in un errore che costa moltissimo allo Stato e che si riverbera sinistramente sulla cultura e sul benessere avvenire della nazione.

Si deve anche tener presente che con l'andar degli anni gli effetti dannosi si moltiplicano. Se, infatti, gli studenti del quinto e sesto anno potevano almeno vantare una buona cultura preparatoria acquistata nei quattro anni precedenti ai corsi regolari delle rispettive Università, i nuovi laureandi, per ovvie ragioni, mancano anche di questa preparazione fondamentale, la cui importanza agli effetti didattici non può essere misconosciuta.

I fasti della improvvisazione della Università di San Giorgio di Nogaro e dell'affollamento della gloriosa Università di Padova sono oramai troppo noti perchè meritino di essere ancora rivelati e discussi.

I facili lodatori di ogni novità si sono scalmanati a decantare le meraviglie della organizzazione della scuola nogarese, la rapidità con la quale la facoltà padovana si è adattata a ricevere nelle sue tranquille aule la folla di giovani militarizzati. E nella loro foga lauda-

toria hanno perfino ammirata la sovrapposizione dell'elemento militaresco al tempio della libera scienza, la trasformazione della scuola in caserma. Ed hanno misurata la bontà della scuola, l'efficacia dell'insegnamento, unicamente dal numero dei frequentatori, dall'ordine, dal silenzio col quale si seguivano le lezioni.

Chi ha potuto assistere agli esami finali ha potuto anche apprezzare gli effetti inevitabili di questo affollamento e di questa disciplina.

È davvero strano che proprio nel momento in cui il paese ha bisogno di buoni medici si siano radicalmente modificati i metodi didattici. In un articolo pubblicato in una rivista amena si legge che nelle ore libere dalle lezioni e dagli esercizî ed inoltre ogni sera dalle 20.30 alle 22.30 gli allievi si raccoglievano a studiare in apposite sale. Dunque, non un'ora di riposo, non un'ora di svago.

Che cosa si potesse apprendere con tale sistema nei quattro mesi di scuola asfissiante è facile intuire. Gli studenti militari avranno anche sentite molte lezioni, ma poco hanno appreso, poco meditato, poco assimilato. Non occorre aver frequentato alcuna scuola di Magistero per comprenderlo. Ma tanto si dovevano fornire di laurea in medicina e chirurgia un certo numero di giovani per coprire nei reggimenti un corrispondente numero di posti, e lo scopo è raggiunto.

E che tale e solo fosse lo scopo, lo si desume anche dal fatto che dopo quattro mesi di simile scuola è stata conferita la laurea a soldati che avevano abbandonata l'Università da molti anni per dedicarsi ad altre professioni, all'industria ed anche all'arte, e che durante la guerra preferirono o furono costretti a passare nel corpo sanitario militare. Al riguardo si potrebbero citare esempî pieni di sapore piccante ma non certo edificanti.

Se si vuol vantare, come purtroppo è stato fatto, l'efficacia delle nuovissime scuole, si dovrebbe dichiarare implicitamente la bancarotta delle nostre Università ufficiali. Tanto i metodi sono dissimili e contrastanti.

Lo stesso ministro della guerra, replicando ad insistenti autorevoli critiche, difese in Senato molto tiepidamente il criminoso aborto, lo difese scaricandone la responsabilità sul Comando Supremo. E come si è soliti fare in Italia, invocò la testimonianza di personalità estere. Egli disse: «Gli addetti militari esteri, che sono presso il Comando Supremo, hanno visitato questi corsi, ne hanno avuta la migliore impressione e ne hanno riferito ai loro capi (specialmente per quanto riguarda uno Stato a noi alleato) per promuovere ed incoraggiare l'istituzione di eguali corsi presso i loro rispettivi Comandi Supremi».

Ma non risulta che l'esempio sia stato seguito.

Per quel che riguarda la quistione finanziaria (il solo impianto della Università di San Giorgio costò oltre tre milioni; della spesa di esercizio è meglio non parlare) il ministro si difese asserendo che non vi è contributo da parte del Ministero della Pubblica Istruzione. Ma sarebbe interessante sapere se le spese del Ministero della Guerra le paga un altro Pantalone.

Comunque, non bisogna mai disperare del peccatore. Il prolungarsi della guerra permette ancora un ravvedimento.

Il magnifico portento della scuola di San Giorgio di Nogaro, tenuta su con due anni di gonfiatura, è già finito nel nulla.

Speriamo che questo anno ci sia anche risparmiato l'esilarante spettacolo del battaglione studentesco di Padova.

Le nuove scuole siano istituite per i bombardieri, per i mitraglieri, ma non per i medici. Questi devono essere prodotti solo nelle scuole dove il metodo si è appreso in base ad una pratica, ad una esperienza secolare. Facendo altrimenti si sperpera una gran quantità di danaro e si fanno dei laureati che non possono essere all'altezza del nobile ed arduo mandato ora loro commesso. Nè si dica che i nuovissimi medici sono adibiti a funzioni modeste. L'annuario militare già segna dei capitani medici effettivi laureati nel 1915 e non deve meravigliare se fra poco segnerà anche quelli laureati nel 1916 e nel 1917, ossia dalle Università Castrensi.

Se per ragioni militari, di cui noi, modesti cittadini, possiamo sconoscere la portata, non si possono di molto allontanare dalla zona di guerra i giovani studenti di medicina, se non si possono cioè inviare, come la logica vorrebbe, ai corsi delle rispettive Università, si distribuiscano almeno tra le Università più vicine alla zona di guerra.

E la monumentale Università Castrense di San Giorgio di Nogaro sia adibita a scuola di infermieri, di cui si ha così vivo bisogno.

PANGLOSS.

Pro Collegio-convitto. — Il colonnello medico dottor cav. Cesare Tavazzani ha fatto avere dalla zona di guerra (Ospedale da campo n. 006), per nostro mezzo, lire cento al Collegio-convitto per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia.

Ci compiacciamo di plaudire a questo atto benefico e di additarlo all'ammirazione ed all'imitazione dei colleghi.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(6993) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. L. C. da R. — I due mesi di stipendio Le debbono essere corrisposti dal giorno in cui ha effettivamente lasciato il servizio, giacchè gli stipendii riscossi durante il tempo che da militare ha fatto il condottato, rappresentano un compenso per lavoro prestato e non il trattamento economico stabilito dalla legge per coloro che sono richiamati sotto le armi.

(6994) *Esonero dal servizio militare.* — Dott. V. T. da C. S. A. — Stando alle condizioni di fatto esposteci, crediamo possa ottenere l'esonero anche prestando servizio nella nuova condotta. Certamente l'esonero precedentemente ottenuto decade. Occorrerà che il sindaco del nuovo Comune rivolga analoga domanda al Prefetto indicando i motivi per cui l'opera di Lei si mostri indispensabile ed insostituibile nell'interesse del servizio di assistenza sanitara civile.

(6995) *Sessennii. - Computo dell'aumento dovuto.* — Dott. G. S. da N. S. — Dalla nozione generica del sessennio si deduce che esso è un automatico periodico aumento dello stipendio che l'impiegato percepisce in atto. Cosicchè se lo stipendio iniziale fu già accresciuto per precedenti aumenti, su tale maggiore somma debbono essere computati gli aumenti successivi. I sessennii precedenntemente conseguiti si incorporano nello stipendio il quale non è più rappresentato dalla somma che inizialmente l'impiegato percepiva, ma bensì da quella con l'aggiunta dell'aumento sessennale. Un impiegato, pertanto, che entra in servizio con L. 2000, dopo i primi sei anni riceverà lo stipendio di L. 2200, e dopo i secondi sei anni, quello di 2420 e così di seguito. Ciò, si intende, sempre che il capitolato non disponga un *jus speciale* diverso da costituire una restrizione o modifica delle norme generiche fondamentali.

(6996) *Indennità caro-viveri.* — Dott. T. B. da M. F. — Il medico che percepisce nel paese dove è condotto l'indennità caro-viveri, non può pretenderla anche nell'altro Comune, ove esercita lo scavalco. Il D. L. del 26 luglio 1917, n. 1181, dispone, infatti, che agli impiegati, che prestano servizio presso diversi enti pubblici locali è corrisposta una unica indennità da ripartirsi a carico di ciascuno degli enti obbligati proporzionalmente agli stipendii rispettivamente dovuti.

(6997) *Campagna antimalarica. - Sussidio governativo.* — Dott. abb. 8377. — Se, come Ella afferma, il medico provinciale fece di ufficio la ripartizione delle 4000 lire ricevute dal Ministero dell'Interno per la campagna antimalarica ed assegnò all'*Ufficiale Sanitario* la somma di L. 700, è chiaro che tale somma debba essere suddivisa fra i due medici che durante il 1916 esercitarono la carica e proporzionalmente al tempo in cui ciascuno di essi restò in servizio. Avendo Ella lasciata la carica alla fine di luglio di detto anno, ha diritto a riscuotere i sette decimi del sussidio concesso. Nè si dica che la campagna antimalarica si intensifica e si espleta solo durante l'autunno, perchè è noto che il morbo colpisce in ogni stagione dell'anno e che i provvedimenti profilattici per combatterlo riescono più efficaci se sono praticati prima che l'infezione prenda vigore durante la stagione estiva. Avendo diritto anche Lei, e nella suindicata proporzione, al sussidio governativo, La consiglieremmo di attivare pratiche conciliative col collega che si crede in diritto di esigere da solo l'intero sussidio concesso, e, qualora queste dovessero riuscire infruttuose, di adire l'autorità giudiziaria competente per valore e territorio.

(6998) *Pagamento di stipendio. - Rifiuto dello esattore.* — Dott. G. C. da R. — L'esattore è obbligato a pagare lo stipendio del medico condotto fino alla concorrenza dell'ammontare dei ruoli di tasse comunali da riscuotersi entro l'anno. Il rifiuto apposto dall'esattore a pagarle gli stipendii, di cui è creditore, non è, pertanto, giustificato, dal momento che i ruoli di tasse di questo anno non furono sino ad ora nemmeno compilati. Nell'attuale stato di cose sarebbe necessario che si intimasse atto legale al detto contabile con cui lo si prevenga che se il pagamento non sarà fatto in congruo termine da indicarsi, si ricorrerà all'autorità giudiziaria per ottenere il rifacimento dei danni derivati dal mancato saldo dei mandati, che furono, a suo tempo, rilasciati dal Comune.

(6999) *Trattamento economico del medico condotto chiamato sotto le armi.* — Dott. D. G. da T. — I due mesi di stipendio sono dovuti una sol volta e non in tutte le eventuali successive chiamate sotto le armi. Avendole il Comune pagati due stipendii liberi in occasione della sua prima chiamata alle armi, non è ad altro tenuto per il recente nuovo richiamo in servizio. La Ricchezza Mobile è dovuta proporzionatamente alla somma che il Comune Le corrisponde quale differenza fra lo stipendio civile e quello militare. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. F. L., Zona di guerra:

Con l'ultima promozione avvenuta si è giunti all'anzianità del 30 aprile 1916. Ella è quindi tra i promovibili data la sua anzianità. Provochi l'invio della proposta al Ministero.

All'abb. n. 8630:

Il Ministero ha stabilito che tutti gli ufficiali medici debbono subire la visita a Firenze per uniformità di criterio nella dichiarazione di idoneità o meno, e ciò in seguito a gravi disparità di apprezzamento che si erano verificate fino a che le visite venivano affidate alle Commissioni regionali.

Al dott. E. S. da S.:

Se riconosciuto inabile alle fatiche di guerra sarà egualmente arruolato e destinato a far servizio in zona territoriale.

Al dott. L. M. da S.:

Se riformato per tubercolosi resterà escluso dalla rivisita.

All'abb. n. 4478:

Essendo state ora equiparate anche le promozioni degli ufficiali della Croce Rossa in zona di guerra a quelle degli ufficiali medici effettivi, il collega si

trova nelle condizioni di poter essere promosso capitano.

Occorre però che venga trasmessa al Ministero la regolare proposta di promozione da parte dell'autorità da cui l'ufficiale dipende.

All'abb. n. 9007:

Per concorrere alla nomina ad ufficiale medico effettivo occorre avere non più di 32 anni di età, e la domanda dell'interessato al Ministero deve essere accompagnata dal parere favorevole dell'autorità da cui dipende.

Bisogna però attendere il bando di concorso che viene pubblicato sul «Giornale Militare» e talora sui giornali scentifici.

È probabile che fra poco tempo sia bandito un nuovo concorso.

All'abb. n. 4062:

Il collega ha ragione, ma tutto fa ritenere che dopo aver riveduto gli esoneri dei più giovani il Ministero rivedrà anche quelli dei più anziani.

All'abb. n. 3741:

È stato già ripetutamente detto che nessuna circolare stabilisce per ora l'avvicendamento per quelli che non hanno compiuto i 40 anni.

All'abb. n. 8648:

Il passaggio alla riserva è stato sospeso con la mobilitazione e non vi è quindi alcuna pratica che possa farlo ottenere. Le visite di accertamento servono a garantire all'autorità militare, che permane nel collega l'inabilità sua, senza di che non potrebbe fruire dell'esonero.

Al dott. T. M. da C.:

Occorre che venga il turno di promozione per gli effettivi della sua anzianità, senza di che non può essere promosso.

Al dott. X. N. N.:

Alla maggior parte degli 11 (!) quesiti è stata già data risposta nelle precedenti corrispondenze.

Comunque ripetiamo che tutti i medici riformati saranno precettati per recarsi a Firenze a gruppi e che tale visita comincerà il 25 corrente e saranno chiamati successivamente per turno secondo la classe.

Circa la via da seguire per ottenere l'esonero non spetta al medico far pratiche in tal senso, ma è l'autorità prefettizia che deve chieder l'esonero al Ministero attestando l'indispensabilità.

Tutti gli idonei fatti abili a Firenze proseguiranno per la zona di guerra ove avranno la propria destinazione.

Il collega, date le sue speciali condizioni, sarà probabilmente fatto abile ai servizii territoriali.

Al dott. A. F., Zona di guerra:

Tanto gli ufficiali effettivi quanto quelli di complemento con anzianità da tenenti 26 febbraio 1916, sono stati *contemporaneamente* promossi con Decreto Luog. del 26 agosto u. s. Cfr. Bollettino n. 65 del 31 agosto.

Al dott. G. C., Zona di guerra:

I tenenti medici effettivi sono stati promossi a capitano fino a tutto il 30 aprile 1916.

I tenenti medici di complemento sono stati promossi a capitano a tutto il 30 aprile 1916 come *i precedenti*.

Gli ufficiali della Croce Rossa vengono pure promossi con la stessa anzianità, se non proprio contemporaneamente, dovendo il Comitato Centrale della benemerita Associazione prender visione del Bollettino militare per effettuare le sue promozioni.

Sorpassato il limite di anzianità di promozione per infermità — anche se sono reintegrate le condizioni fisiche — la anzianità resta posticipata a quella degli ufficiali frattanto promossi.

Al dott. R. R., F. d. C.:

Occorre che l'inabilità a lavoro proficuo sia assoluta.

All'abb. n. 9015:

L'indennità fu realmente pagata indebitamente, perchè il richiamo obbligatorio dei medici fu precedente a quello degli altri militari delle varie classi.

Però il collega può far domanda al Ministero perchè l'indennità versata gli sia *condonata*.

Al dott. P. D., Zona di guerra:

Non sono ancora cominciate, nè è prevedibile quando cominceranno, dato il ristagno attuale delle promozioni dei capitani effettivi più anziani.

All'abb. n. 77:

Se la proposta di promozione arriva al Ministero con parere favorevole il collega sarà promosso tenente.

L'anzianità sarà eguale a quella dei suoi colleghi di pari data di nomina.

Lo stipendio decorre per tutti dal 1° giugno 1917.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Onorificenze francesi concesse ai medici italiani.

PARIGI. — Sono state conferite le seguenti medaglie per le epidemie:

Medaglie d'oro: Annaratone, medico capo in Albania; Maugeri, direttore del servizio di sanità a Livorno; Anzilotti, direttore dell'ospedale di Livorno; Arcangelo, medico capo dell'ospedale di Taranto; Scommena, dell'ospedale di Taranto.

Medaglie in vermeil: Caffarena, medico capo alla stazione di Genova; Macini, capo del lazzaretto di Livorno; Tonciottieri, presidente della Croce Rossa di Livorno; Ramoni, medico capo dell'ambulanza francese.

Medaglia d'argento: Tricarico, Guarini, Scalnico, Augusto e Giacinto, Colucci Montera, Ospedale di Taranto; Paoletti, Livorno; Dalas, presidente e Mangiapan, vice presidente del Comitato « Pro Esercito d'Oriente » di Genova; signore Del Greco, Cerbino, Cagiano, Meillerid, Rachowes; signorine Passerini, Bianca e Letizia Loppi, dame della Croce Rossa di Taranto.

Il nostro valente collaboratore prof. Ernesto Tramonti, maggiore medico, è stato *motu proprio* di S. M. il Re, ed in considerazione di speciali benemerenze di servizio acquistate durante l'attuale campagna, nominato cavaliere della Corona d'Italia.

Rallegramenti sentiti.

NOTIZIE DIVERSE

La malaria combattuta nei paesi occupati.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica, coadiuvata efficacemente dall'azienda del chinino dello Stato, in seguito alla occupazione dei territorii italiani oltre confine, ha estesa la sua azione anche su di essi. È noto, infatti, che in alcuni paesi dell'Isonzo la malaria è endemica. Si è resa quindi necessaria la distribuzione anche colà dei prodotti chinacei, per la profilassi e per la cura della malaria, sia tra le nostre truppe, sia fra la popolazione civile. I risultati ottenuti sono veramente notevoli e fanno degno riscontro a quelli verificatisi in altre provincie d'Italia. Non ostante l'altissimo prezzo raggiunto dal chinino furono messi a disposizione del segretariato generale degli affari civili presso il comando supremo rilevanti scorte di preparati chinacei, attivandosi, d'accordo con la autorità militare, un'intensa profilassi. Analoga azione si rivolge verso i soldati provenienti dall'Albania e dalla Macedonia, sia per proteggerli dal male, sia per prevenire l'eventuale pericolo di un risveglio per effetto di endemie sopite o attenuate.

Assistenza ai soldati riformati per tubercolosi.

Auspici il Governo e la Croce Rossa Italiana, si è costituita in Padova una *Commissione Provinciale di Assistenza ai Soldati riformati per tubercolosi,* allo scopo di ospitalizzare i militari tubercolotici riformati, purificarne le abitazioni, e difendere i sani, sopra tutto i fanciulli. Padova da lungo tempo possiede i Padiglioni speciali dell'Ospedale civile, l'Associazione contro la tubercolosi, l'Ospizio marino, l'Istituto rachitici, ecc. Queste istituzioni sorsero con la migliore organizzazione per la lotta antitubercolare; ma date le strettezze economiche, non poterono essere che un esempio, per quanto altamente lodevole. La Commissione chiede ora ai volenterosi l'appoggio morale e materiale per l'ardua impresa.

La Giunta esecutiva ha per presidente il dottor N. D'Ancona; per vice presidente il dott. A. Randi; per segretario il prof. dott. A. Graziani; per economo l'avv. L. Lonigo; ne fanno parte il dott. V. Camurri, la contessa Cittadella Vigodarzere Luisa, il dott. G. Marzolo, il prof. E. Piva, la signora Viterbi Benvenisti Bona, il dott. A. Zambler, il prof. B. Zaniboni.

Una scuola di medicina incendiata nel Giappone.

Il Collegio Medico Osaka e l'annesso Ospedale, i più grandi del Giappone, furono distrutti dal fuoco. Nell'ospedale erano 470 pazienti; si crede siano stati tutti messi in salvo. La perdita supera i 7 milioni.

Vittima di un sinistro di guerra mentre attendeva serenamente al proprio dovere è morto il 27 agosto u. s. il maggiore medico dottor PIETRO MIGNACCA. Il corpo sanitario militare ha perduto uno dei suoi migliori campioni. Del natio mezzogiorno egli aveva l'ingegno robusto ed agile che la modestia istintiva mal dissimulava. Fin dall'inizio della sua carriera egli si dedicò con vera passione di artista e di scienziato allo studio della radiologia. Nella tecnica e nella interpretazione era insuperabile. Pubblicò un *Manuale di Radiognostica* nel quale profuse tutta la sua larga esperienza, tutta la sua vasta cultura. Ideò un processo di radiolocalizzazione, che è tra i pochi che alla massima semplicità e rapidità uniscano la più assoluta precisione.

Fu insegnante apprezzato alla Scuola di applicazione di Sanità militare.

Prese parte alla Campagna libica e nella guerra attuale ebbe un posto preminente nel maggiore centro ospedaliero della zona di guerra.

Per la esattezza e scrupolosità dell'esame, per la chiara ed esatta interpretazione del reperto egli si era fatta una fama di consulente sicuro e coscienzioso. Tutti ricorrevano a lui, e tutti hanno deplorato e pianta la sua immatura e tragica scomparsa.

Non un proiettile nemico ha colpito il dottor Mignacca, non la morte bella, come egli la sognava, ha troncata la preziosa esistenza nelle fangose trincee. Egli è stato colpito, è morto sul suo campo di battaglia, nel suo ospedale, nel suo stesso gabinetto di radiologia, durante una battaglia contro l'oscuro, contro l'impenetrabile.

Dinanzi alla bara del dottor Mignacca, attorno alla quale si affollano dolenti centinaia di colleghi, noi c'inchiniamo reverenti, mentre inviamo un mesto saluto alla desolata vedova.

DR. . .

Indice alfabetico per materie.

Acro-asfissia cronica ipertrofica associata a sclerodermia . . . . *Pag.* 1194
Afasie e amnesie di origine organica . » 1194
Corpo luteo: uso terapeutico . . . . . » 1196
Cuore: lesioni valvolari nei militari . . » 1194
Emorragia cerebrale professionale . . . » 1182
Gas asfissianti per la conservazione di sostanze organiche . . . . » 1194
Nervi degli arti: topografia in rapporto alla esecuzione di anastomosi . . . . » 1177
Nevrastenia: nuova concezione patogenetica . . . . » 1195
Rotula: incisione mediana longitudinale *Pag.* 1185
Servizio odontoiatrico in zona di guerra. » 1187
Servizio oto-rino-laringoiatrico presso l'esercito . . . . » 1187
Servizi sanitari alla fronte. . . . . . » 1199
Tracoma nell'esercito . . . . » 1191
Tubercolosi: resistenza del virus nell'ambiente . . . . » 1197
Università di guerra (Le) . . . . . . » 1200
Vena giugulare interna sin.: ectasia in un sifilitico . . . . » 1180

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali

L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 30 settembre 1917* Fasc. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: O. Paleani: Sulla diagnosi batteriologica e sulla sieroterapia della meningite cerebro-spinale epidemica. — S. Puglisi: Cure combinate nel tetano dichiarato. — **Questioni del giorno:** B. Schiassi: Decalogo terapeutico in fratture di femore. — **Osservazioni cliniche:** F. D'Alessandro: Su di una complicanza non frequente d ll'infezione melitense. — **Servizi sanitari:** G. Apicella: Sul problema della malaria nell'Esercito. — **Note e commenti:** A. Fiori Ratti: Sulle simulazioniau e tolesioni riguardanti l'organo acustico. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Il primo Congresso Nazionale dei Brefotrofi.
Appunti di medicina pratica: CASISTICA: I dolori addominali. — Sopra una causa di dolori alla spalla. — TERAPIA: L'importanza clinica del passaggio d'alcool attraverso la glandola mammaria. — NOTE DI MEDICINA SOCIALE: Come si possono ridurre del 30 % le spese in materiale di medicatura. — **Posta degli abbonati. — Cenni bibliografici.**
Nella vita professionale: E. Morselli: Sulle Consulenze neuro-psichiatriche d'Armata. — V. Montenovesi: A proposito di Consulenze d'Armata. (Il posto dell'oto-rino-laringologia). — Cronaca del movimento professionale. — Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie. — **Risposte a quesiti e a domande. — Nomine, promozioni ed onorificenze. — Albo d'oro. — Condotte e concorsi. — Amministrazione sanitaria:** Per la repressione della pornografia. — **Notizie diverse. — Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

Sulla diagnosi batteriologica e sulla sieroterapia della meningite cerebro-spinale epidemica,

per il dott. OTTAVIANO PALEANI,
direttore del Gabinetto Batteriologico
dell'Ospedale Militare Principale di Ancona.

La ricerca del meningococco intracellulare di Weichselbaum, agente della meningite cerebro-spinale epidemica, è divenuta d'importanza capitale, soprattutto dopo la scoperta del siero antimeningococco (Flexner, Dopter, ecc.).

Infatti dobbiamo ammettere che i risultati veramente efficaci ottenuti mediante la sieroterapia intrarachidea sono in special modo dovuti alla rapidità e alla precisione della diagnosi batteriologica della meningite stessa.

Non starò qui a ripetere i caratteri troppo noti del meningococco; dirò soltanto ch'esso va ricercato nel liquido cefalo-rachidiano, talora nella mucosità del rino-faringe, eccezionalmente nel sangue.

Il meningococco offre delle grandi rassomiglianze con altri germi, particolarmente col gonococco, col micrococco catarrale, pneumococco, ecc., ma in maniera speciale con alcuni

germi ad esso assai affini tanto che sono stati appunto denominati *parameningococchi*. Questi ultimi possiedono gl'identici caratteri microscopici e tintoriali, i medesimi caratteri colturali; inoltre la precipito-reazione e la inoculazione intraperitoneale nel topo non costituiscono prove sempre sufficienti a differenziare il meningocco da tali germi ad esso tanto affini. Di tutte le ricerche la sola siero-agglutinazione permetterà di riconoscere e diagnosticare i parameningococchi. Contro di questi sono stati preparati dei sieri speciali. Dopter ha trovato uno siero dotato di grande efficacia, siero antiparameningococcico, essendo dimostrato che il siero antimeningococcico riesce di nessuna azione o quasi sopra tali germi. Donde l'importanza pratica di quest'asserto. Allorchè una meningite è attribuita, in seguito ai risultati delle ricerche batteriologiche, al meningococco, qualora la siero-terapia antimeningoccica, eseguita a tempo opportuno e largamente, risultasse inefficace o quasi, bisognerà considerare la possibilità che non sia il meningococco l'agente specifico della malattia in corso, ma piuttosto un parameningococco. Il quadro clinico risulta identico, i caratteri microscopici e batteriologici del germe identici: è soltanto, ripeto, la prova che l'emulsione batterica viene o no agglutinata e ad un tasso elevato dal siero antimeningococcico quella che potrà permettere di pronunciarci esattamente sulla natura precisa del germe. Ed in questi casi sembra che, soltanto coll'impiego di un siero curativo antiparameningococcico possa ottenersi la guarigione d'un' infezione che, lasciata a sè, il più delle volte riesce mortale.

In questi ultimi tempi, sono stati preparati, dai nostri istituti sieroterapici nazionali, dei sieri curativi ricavati da stipiti diversi di meningococchi, e dotati perciò d'un'azione curativa plurivalente.

Il Laboratorio della Sanità pubblica ha allestito uno siero, ora largamente usato, e del quale anch'io ho potuto modestamente dimostrare la grande efficacia. Tale siero, come hanno affermato il prof. Gosio e il dott. Caldarola nella comunicazione fatta alla R. Accademia medica di Roma sul contributo al rinvigorimento colturale del meningococco (vedi « Policlinico » sez. prat. fascicolo 16-15 aprile 1917), è stato preparato usando stipiti diversi di meningococchi. Trattasi d'un siero dotato di caratteri (in particolare la plurivalenza) che lo rendono veramente efficace nella maggior parte dei casi; purchè, s'intende venga usato precocemente e a dosi convenienti; in quanto che la bontà complessiva dei risultati dipende dalla condotta della cura, dalla sufficienza del trattamento, dalla precocità del suo inizio. (M. Ascoli, Conferenze ai medici in guerra).

I caratteri generali del meningococco si deducono, come sappiamo, dai suoi caratteri microscopici, dalle colture, dall'inoculazione, per la quale il topo è l'animale appropriato e che deve farsi intraperitoneale e con forti dosi: essa porta alla morte dell'animale in capo a due giorni con fenomeni di peritonite purulenta e presenza nel sangue del meningococco.

L' inoculazione sottocutanea nello stesso animale dà risultato negativo, ed in ciò il meningococco si differenzia dal pneumococco che, inoculato nel tessuto cellulare sottocutaneo del sorcio, porta generalmente alla morte dell'animale in 24 ore con comparsa abbondante di pneumomocchi nel sangue. Ma un carattere importantissimo del meningococco è quello di esre agglutinato a un tasso elevato (1: 300 o anche più) dal siero dei malati e sopratutto dal siero antimeningococcico, ottenuto con processi di immunizzazione del cavallo. Tale siero non agglutina, come abbiamo detto, almeno ad un tasso elevato, le diverse varietà di parameningococchi, i quali, viceversa, vengono agglutinati dal siero antiparameningococcico, pure ad un tasso elevato nonchè dal siero degli ammalati d' infezione parameningococcica. Da ultimo abbiamo, tra le caratteristiche del meningococco, la cosidetta precipito-reazione, che si utilizza pure per la diagnosi, reazione specialmente dovuta a Vincent e Bellot e che viene praticata, come si sa, nel liquido cefalo-rachideo sottoposto a prolungata centrifugazione allo scopo di renderlo limpido e in tal modo atto a poter servire per la reazione. Un risultato positivo ha un gran valore; non altrettanto dicasi di un risultato negativo. Detta reazione sappiamo che può mancare specialmente, negli stadi avanzati della malattia; allorchè l'infermo ha subito iniezioni di sierocurativo, ecc., e in altre circostanze inerenti sia alle qualità del liquido o specialmente a quelle del siero precipitante.

La ricerca del meningococco va fatta, come abbiamo detto, specialmente nel liquido cerebro-spinale dell'infermo sospetto di meningite. Talora lo si va però a ricercare nella mucosità naso-faringea, ma soltanto allorchè, dinanzi ad un'epidemia ed a fatti clinici decisamente favorevoli per una diagnosi di meningite cerebrospinale, si trovi limpido il liquido cefalo-rachidiano e sterile microscopicamente e nei terreni di coltura: in questi casi però possono aiutare la diagnosi, sia la prova dell'agglutinazione del siero di sangue dell'infermo su emulsioni meningicocciche, nonchè la ricerca nel liquido delle precipitine. Comunque però, se

possibile, si ripeterà la puntura lombare nei giorni succesivi ed insieme l'esame accurato del liquido estratto.

La ricerca del meningococco nel muco naso-faringeo ha importanza dal punto di vista profilattico, e va fatta nei convalescenti allo scopo di determinare la presenza o meno in essi del germe infettante, e nelle persone che hanno avvicinato i malati, allo stesso scopo. E' superfluo ricordare che il prelevamento del muco e l'esame di esso devono essere eseguiti molto accuratamente, perchè i risultati possano essere attendibili. Il muco dev'essere prelevato nella cavità rino-faringea, e precisamente in corrispondenza delle coane, dietro il velo del palato, introducendo per la bocca un tamponcino di ovatta sterile montato su di un filo metallico leggermente incurvato alla sua estremità. Il muco asportato va subito distribuito in un certo numero di piastre in mezzi colturali appropriati (di solito, come per il liquido, si usa agar neutro addizionato di ascite), strisciando leggermente su di esse a mezzo dello stesso tamponcino, che ha servito al prelevamento del materiale da sottoporsi ad esame. La diagnosi si può già basare, con qualche probabilità, sui preparati per strisciamento. A tal uopo è bene sempre allestire parecchi vetrini portaoggetti, avendo cura di raccogliere non mucosità salivare, ma il vero secreto rino-faringeo che trovasi, ripeto, tra le coane e la superficie postero-superiore del velo pendulo. Per la colorazione dei preparati, nei numerosi esami di muco che ho avuto occasione di eseguire, ho esperimentato che ottimamente si presta il seguente metodo, che non è poi altro che una modificazione della colorazione di Pick Jacobson, fatta da Czaplewski per l'esame degli sputi: si aggiungono 3 cmc. di bleu di metilene al borace (il comune bleu di Manson, tanto usato per la colorazione del parassita malarico) a 30 cm. di fucsina fenica glicerinata e diluita (3 cmc. di fucsina fenica glic. e 27 cmc. di acqua distillata). La fucsina fenica glicerinata si prepara con 1 gr. di fucseina mischiata con 5 cmc. di acido fenico liquido: aggiungere 50 cmc. di glicerina, indi 100 cmc. di acqua distillata. Quando si eseguisce bene questa colorazione (bisogna far agire la sostanza colorante per circa 5 minuti e indi lavare abbondantemente con acqua), i batteri restano colorati in bleu chiaro, le cellulue e i nuclei in un bel rosso, alcuni cocchi come le sarcine, il tetrageno, il catarrale e i meningococchi in violetto scuro, quasi nero. I preparati, quando si eseguisce delicatamente lo striscio con una goccia d'acqua riescono molto eleganti e la colorazione spiccata rende facile la ricerca dei singoli germi. Si noti però che la soluzione va rinnovata spesso, perchè non resiste che pochi giorni. E necessario però in ogni caso procedere all'esame colturale, poichè la molteplicità dei germi rende poco attendibile l'esame diretto. L'insemenzamento dell'agar-ascite, sarà quanto è più possibile sollecito. Ed infatti ho esperimentato che danno quasi costantemente risultato negativo anche quegli esami fatti con materiale appartenente a convalescenti di meningite e in un periodo di tempo in cui presumibilmente devono ancor essere portatori di bacilli, quando il campione viene ricevuto a distanza di parecchie ore e non più in condizioni adatte allo sviluppo del germe, che sappiamo essere assai labile e poco resistente specie agli squilibri termici. Per contro ebbi risultato positivo in alcuni casi ,in cui io stesso incaricato di fare il prelevamento, mi trovai nella possibilità di insemenzare subito i terreni di coltura.

Un risultato positivo non verrà affermato che con prudenza, a causa dei pseudo e dei parameningococchi; l'agglutinazione dovrà sempre esser fatta allo scopo di determinare la natura esatta di ogni coltura sospetta.

La ricerca batteriologica nel sangue del meningococco non si fa, come s'è detto, che eccezionalmente; e non sempre essa ha dato risultati positivi anche i casi di meningite c. sp. conclamata: sembra che abbia talora corrisposto bene in casi di meningite a spiccato carattere setticemico.

Dal mese di novembre a tutto marzo u. s. e cioè in questi ultimi cinque mesi ho eseguito nel Gabinetto batteriologico dell'Ospedale militare principale di questa città 43 esami di liquido cefalo-rachideo, tutti per casi sospetti di meningite cerebro-spinale epidemica. Di questi risultarono positivi per il meningococco 30. Di 6 l'esame diede risultato completamente negativo anche per una flogosi meningea in atto di qualsiasi natura; in due fu dimostrata una meningite cerebro-spinale da parameningococchi; in altri due un processo meningeo di natura tubercolare, diagnosi confermata dal reperto necroscopico ed uno anche dalla presenza nel liquido del bacillo di Kock; da un altro liquido meningitico fu isolato in coltura pura il pneumococco di Fräenkel; un altro apparteneva ad un ammalato di parotite epidemica con fenomeni meningei; l'ultimo infine ad un soggetto, che risultò poi essere stato colpito da un vasto rammollimento cerebrale di natura embolica, diagnosi esattamente confermata dalla autopsia.

Di questi 43 campioni di liquido cefalo-rachideo, 21 furono da me stesso direttamente prelevati, essendo stato incaricato di eseguire la

puntura lombare; i rimanenti 22 furono inviati al Gabinetto batteriologico da altri Ospedali militari o da Infermerie presidiarie.

Il meningococco, come si sa, difficilmente si sviluppa sui comuni mezzi culturali, e ciò costituisce una differenza importante tra questo germe ed alcuni ad esso affini e specialmente il micrococco catarrale che si sviluppa abbondantemente nei terreni ordinari. Comunemente si adopera come mezzo elettivo l'agar addizionato nella proporzione di un terzo di un liquido organico patologico che può essere il liquido pleurico o d'idrocele; ma il più adatto sembra risultare il liquido ascitico. Può usarsi anche il siero di sangue. Io ho adoperato quasi costantemente l'agar ascitico nella proporzione di una mescolanza di 3 parti di agar con 1 parte di liquido ascitico; ma ho dovuto constatare che sebbene il meningococco in questo substrato si sviluppi quasi sempre, tale sviluppo però spesso risulta molto lento e si richiedono talora anche tre o quattro giorni prima che si riesca a scorgere qualche piccola colonia. Non occorre ripetere che le semine van fatte assai abbondantemente, servendosi del sedimento di centrifugazione, o meglio, quando esiste del coagulo fibrinoso; che il liquido va mantenuto per alcune ore in termostato per l'arricchimento dei germi, quando questi risultino assai scarsi o nulli al primitivo esame batterioscopico. Più rapido mi è riuscito lo sviluppo delle colonie, usando agar-rachidizzato, intendendo con questa espresione d'indicare delle piastre di agar comune neutro sulle quali precedentemente si versa una certa quantità di liquido cefalo-rachidiano stesso, mantenendo poi le piastre così preparate per qualche tempo (un'ora circa) in stufa regolata a 55°-60° allo scopo di eliminare gli anticorpi specifici eventualmente presenti nel liquido stesso e rendere pertanto più adatto il terreno ad un rapido sviluppo del germe. Sulle piastre così preparate si distende con una spatola o una grossa ansa di platino il sedimento da esaminare. Recentemente ho avuto occasione di esperimentare il terreno di Bordet e Gengou (agar neutro glicerinato preparatoto con infuso di patata). Le semine fatte hanno dato luogo, dopo 18-20 ore di permanenza in termostato a 37°, allo sviluppo nelle piastre di numerose piccole colonie, trasparenti, di color grigiastro o grigio-giallastro, rilevate, riferibili tutte al meningococco, nè si è avuto sviluppo di altri germi. L'esperienza fatta si riferisce finora ad un esiguo numero di casi, il reperto però è stato sollecito e costante.

Non è infrequente di riscontrare nel liquido cefalo-rachidiano di meningitici l'associazione microbica del meningococco con germi affini. In tre esame fatti di liquidi da me stesso raccolti rigorosamente asettici (e per far ciò è opportuno che il liquido, quando esso debba servire per l'allestimento di colture o per l'inoculazione, venga direttamente aspirato in una siringa accuratamente sterilizzata, indi versato in provette da centrifuga sterili) tale associazione era costituita dal meningococco e dal *diplococcus crassus*, cocco Gram-positivo, detto anche meningococco di Iaeger-Heubner, trovato in alcuni casi di epidemia di meningiti cerebro-spinali da solo o in associazione col meningococco di Weichselbaum. Sono diplococchi extracellulari, piuttosto grossi, perfettamente rotondi, non mai riuniti in tetradi nè in catenelle, ma sempre appaiati, resistenti al Gram; essi si sviluppano bene anche nei comuni terreni culturali. Non risultano agglutinabili dal siero antimeningococcico, o comunque mai ad un tasso elevato come il meningococco. L'agglutinazione però avviene col siero degli ammalati ed anche col siero anticrassus. Alcuni istituti, specie in Francia, hanno preparato un siero curativo contro questo germe, il quale però non risulta molto frequente come agente unico di malattia: esso trovasi quasi sempre associato al meningococco o ad un parameningococco. Nei tre casi da me osservati si è avuto, nelle piastre di agar-ascite, dapprima lo sviluppo di colonie biancastre, splendenti, rilevate, succulente, rapidamente crescenti in estensione, tutte appartenenti al diplococco crasso; più tardi e lentamente si sono manifestate le caratteristiche colonie grigio-giallastre, trasparenti, più piccole del meningococco. In uno di tali casi, seguito da morte, mi fu possibile d'isolare anche dal siero-pus meningeo del cadavere tutti e due i germi distintamente, meningococco e crasso.

Ed ora qualche breve cenno sulla sieroterapia della meningite cerebro-spinale epidemica.

La cura di questa malattia può dirsi oramai unica, figliazione della scoperta del germe specifico, la cura causale col siero antimeningococcico polivalente. (M. Ascoli, op. cit.).

Ho potuto personalmente eseguire tale cura in 20 casi di meningite c. sp. ep. da meningococco, controllati tutti batteriologicamente. Inoltre in un caso, appartenente questo alla mia clientela privata, nel quale l'esame batteriologico aveva dimostrata la natura pneumococcica della meningite cerebro-spinale, la cura risultò senza efficacia anche avendo sostituito il siero antipneumococcico sempre per via intrarachidea. Non ottenni altro risultato all'infuori dei momentanei abbassamenti della tempera-

tura dopo ciascuna iniezione e di un prolungamento per alcuni giorni della vita e delle sofferenze della piccola paziente.

Negli altri infermi, tutti militari, ho iniettato il siero sempre a dosi elevate fin dalla prima iniezione, facendo precedere una puntura l'ombare evacuatrice essa pure abbondante, più abbondante che fosse possibile. I pazienti, specie quando il liquido defluisce con forte pressione, tollerano bene anche la sottrazione, in una volta, di 80-100 cmc. di liquido o più. D'altra parte sappiamo che alcuni, in Francia specialmente, in caso di meningiti purulente, pungono la meninge nel suo punto più declive ed applicano dei trequarti a permanenza o altri apparecchi che permettano l'evacuazione continua o intermittente a seconda dei casi, allo stesso modo con cui si apre e si drena un ascesso .Di tali apparecchi ve ne sono degli ingegnosissimi, semplici e molto adatti a questo che chiameremo *drenaggio lombare*. Quando il liquido defluisce stentatamente non bisogna subito disarmarsi, e considerare senz'altro che esso abbia una bassa pressione; ma cercare mediante opportuni movimenti e spostamenti dell'ago-cannula o con leggiere aspirazioni di assicurarsi se il deflusso scarso non dipenda da una cattiva posizione della cannula o da altre cause inerenti all'atto della puntura; poichè molte volte accade che un deflusso scarso dapprincipio diventi poi abbondante, in seguito ad opportune correzioni.

Uso costantemente l'ago-trequarti di Bier che si presta assai bene e che ha il grande vantaggio di permettere di regolare esattamente il deflusso del liquido e l'immisione del siero mediante il robusto specillo che chiude perfettamente la cavità del trequarti. La dose di siero, comunemente iniettata, trattandosi di adulti, è stata sempre non inferiore ai 40 cmc. Il giorno successivo si ripete l'iniezione, eventualmente aumentando ancora la dose di 10 o 20 cmc. Gli infermi tollerano assai bene queste forti quantità di siero, purchè l'iniezione venga fatta spingendo lentamente e con movimento uniforme lo stantuffo della siringa, purchè il liquido da iniettarsi sia stato precedentemente riscaldato a temperatura conveniente; e purchè, ripeto, siasi potuta precedentemente sottrarre una abbondante quantità di essudato cerebro-spinale. La posizione più adatta che deve assumere il paziente durante tutta l'operazione è quella laterale, con gambe flesse e dorso curvo; l'infermo, che avrà ricevuto specie se agitato una dose di morfina, sarà mantenuto in questo posizione in prossimità della sponda del letto colla testa bassa. In tal modo si evitano i bruschi cambiamenti di pressione; e non è da credere, come ho potuto largamente esperimentare, che in questa posizione laterale, che poi è anche più comoda pel malato stesso, il liquido defluisca più stentatamente che nella posizione seduta. L'iniezione va ripetuta nei giorni seguenti a dosi più o meno elevate a seconda della gravità del caso, e fino a chè non si inizi un deciso miglioramento; dopo di che è bene sospendere la cura. Alcuni la riprendono in caso di recidiva; ma ho constatato che essa mostrasi allora inefficace o quasi, senza tener conto dei fenomeni anafilattici che allora possono scoppiare, ed essere molto preoccupanti se non fatali. S'intende che quando dopo tre o quattro giorni di cura non si abbia alcun miglioramento apprezzabile, e che anzi l'infermo accenni a peggiorare è inutile insistere.

Alla iniezione intrarachidea uso associare, volta per volta, una iniezione sottocutanea di siero di 20-30 cmc. o anche più a seconda del caso, e sembrami in tal modo che la cura venga completata. Il concetto che ogni meningite c. sp. abbia un carattere setticemico più o meno spiccato, mi ha condotto ad integrare la cura intrarachidea con quella sottocutanea.. La meningite c. sp. è un'infezione quasi sempre più o meno generalizzata. Il fatto che l'emocoltura dia ordinariamente un risultato negativo non è un argomento sufficiente per negare la presenza di meningococchi circolanti; chè anzi sembra che questi, mentre si localizzano in special modo attorno agli involucri cerebro-spinali e nella mucosa retroboccale, possano trovarsi in maggiore o minor copia anche nel sangue circolante ad onta che l'esame batteriologico del sangue stesso non dia frequentemente risultato positivo: del resto conosciamo le difficoltà dell'emocoltura anche per altre infezioni con manifesta presenza di germi specifici nel sangue.

Sicchè l'organismo verrebbe ad assimilare, tra la quantità iniettata nello spreco vertebrale e quella sottocute, una dose giornaliera di 80-90 cmc. di siero. Le guarigioni ottenute anche in casi nei quali poco era dato sperare, considerata la gravità dei sintomi e del decorso della malattia, nonchè la presenza di un'enorme quantità di germi, microscopicamente dimostrabili nel pus meningeo, mi hanno convinto sulla necessità di raggiungere, specie in alcuni casi, dosi curative così elevate.

Ripeto pertanto che i migliori risultati si avranno allorchè il trattamento venga presto iniziato, praticato generosamente, e condotto con perseveranza non disgiunta s'intende da grande oculatezza e chiaro senso clinico del

caso; ricordando anche per questa, come per tutte le malattie, che non ogni meningitico è uguale all'altro.

Ancona, aprile 1917.

BIBLIOGRAFIA.

E. AGASSE-LAFONT. *Les applications pratiques du laboratoire à la clinique.* Vigot frères, Paris, 1915.

M. ASCOLI. *Conferenze ai medici in guerra. Diagnosi e cura della meningite cerebro-spinale epidemica.* Milano, Stucchi e Ceretti, 1915.

CZAPLEWSKI. *Esame batteriologico dello sputo.* Trattato di diagnostica medica di A. Enlemburg, W. Kolle, W. Weintraud.

IL POLICLINICO, Sez. prat, fasc. XVI, 15 aprile 1917. Resoconto seduta R. Accademia Medica di Roma.

OSPEDALE DA CAMPO 0134 — 2ª ARMATA.

Cure combinate nel tetano dichiarato.

Prof. STEFANO PUGLISI.
Maggiore medico di complemento, direttore.

Schematicamente nel tetano si possono distinguere tre fasi, quella dell'infezione, il bacillo si sviluppa in seno alla ferita e produce le sue tossine, quella dell'intossicazione in cui le tossine seguendo il tragitto dei nervi e la via sanguigna, vanno a fissarsi sui centri nervosi, quella della reazione dei centri nervosi intossicati.

La sieroterapia ha indiscusso valore nel primo periodo, perchè neutralizza la tossina man mano che si forma, ha anche indubbiamente valore nel secondo periodo, si opina in generale che arrechi quasi nessun vantaggio nel terzo periodo cioè a malattia dichiarata, specialmente nelle forme gravi e generalizzate.

Ho detto che la distinzione in fasi è schematica, poichè in pratica i diversi periodi si sovrappongono e la secrezione delle tossine continua mentre già è avvenuta la intossicazione e la reazione cellulare, operando l'invasione sempre più diffusa dei centri nervosi.

La terapia deve quindi ottemperare a queste condizioni:

1° soppressione del focolaio ove succede lo sviluppo dei bacilli e la formazione delle loro tossine;

2° disintossicazione dei centri nervosi.

Alla prima indicazione credo si debba provvedere con l'asportazione completa del focolaio e non giudico sia questa pratica inutile anzi dannosa, perchè il nuovo traumatismo aumenti la reflessività del midollo spinale, poichè si deve operare sotto narcosi completa la quale ha il suo benefico influsso come cura sintomatica antispasmotica.

Alla seconda indicazione possiamo e dobbiamo provvedere con la siero-terapia e con la fenolo-terapia alla Baccelli.

L'una completa l'altra.

In pratica non regge l'affermazione del Roux e Waillard che quando i sintomi tetanici compaiono la cellula nervosa è di già così intossicata ed il legame fra la tossina ed il corpo cellulare è così intimo che l'antitossina non ha più alcuna azione.

L'efficacia della sieroterapia nel tetano dichiarato senza essere assoluta, è incontestabile, però praticata per via endorachidea ed a forti dosi.

La cura alla Baccelli ha azione antitossica ed è sedativa nello stesso tempo, il fenolo però deve essere somministrato nei limiti massimi di tolleranza.

Informandomi a questi concetti ho avuto risultati brillanti anche nel trattamento di casi di tetano gravi, generalizzato e mi piace riferire brevemente su due casi assai dimostrativi:

Nel primo caso si trattava di un conducente di carro che ebbe dalla ruota del suo veicolo prodotta una frattura comminuta esposta grave del piede destro. Le prime manifestazioni si ebbero la sera dell'ottavo giorno dal traumatismo come trisma e leggera disfagia.

Al mattino appresso, epoca in cui è stata richiesta l'opera mia, esisteva viso sardonico trisma, opistotano disfagia completa, temp. 40-5, polso celere, respiro frequente.

Pratico subito la rachipuntura e l'iniezione di 30 cmc. di siero antitetanico previa fuori uscita di altrettanto liquido cefalo-rachidiano, quindi sotto narcosi l'amputazione della gamba al 3° inferiore. In giornata stessa inizio la cura alla Baccelli somministrando gr. 1.50 di acido fenico in 24 ore. La sera temperatura 40-9, anche i muscoli del laringe vengono interessati, e si hanno accessi di dispnea.

Il mattino seguente le condizioni sono immutate, 2ª iniezione endorachidea di 30 cmc. di siero, gr. 2 di fenolo nelle 24 ore.

Il giorno appresso notevole miglioramento, nessuno attacco di dispnea, verso sera può deglutire qualche goccia di latte. La sintomatologia andò sempre più attenuandosi in modo che in quinta giornata si potè sospendere la sieroterapia continuando la cura alla Baccelli in ragione di gr. 1.20 di acido fenico per altri cinque giorni.

La seconda osservazione riguarda un soldato del il quale ebbe strappato tutto l'avam-

piede da una granata. Ricevette l'iniezione profilattica l'istesso giorno del ferimento.

Al quattordicesimo giorno si sviluppò una forma gravissima di tetano altamente febbrile, caratterizzato da trisma, opistotono, disfagia, dispnea, contrazioni degli arti. La sintomatologia era completa in meno di 24 ore.

Nell'intento di togliere il focolaio e nel contempo assicurare un arto ben funzionante, praticai l'amputazione alla Pirigoff, iniziando subito la siero-terapia e la fenolo-terapia.

Anche in questo caso non ho adoperato alcun altro presidio di quelli che vengono ordinariamente suggeriti per la cura sintomatica della malattia.

Al sesto giorno la febbre era caduta ed i fatti obiettivi talmente migliorati, che fu possibile sospendere le iniezioni endorachidee di siero per evitare fatti di anafilassi, continuando ancora per una settimana le iniezioni di acido fenico. L'infermo potè ben presto essere trasferito all'ospedale speciale per i mutilati di Palermo con un arto in condizioni abbastanza buone riguardo alla funzionalità, essendosi ottenuta la guarigione operativa di prima intenzione.

Credo che la siero-terapia endorachidea associata alla fenolo-terapia alla Baccelli, quando si ha cura di sopprimere il focolaio tetanigeno rappresenti realmente la cura più appropriata e vantaggiosa nei casi di tetano dichiarato.

Il fascicolo 9 (15 agosto 1917) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. GUGLIELMO BILANCIONI - *Papilloma maligno del naso e del seno mascellare destro* (con 4 tavole).

II. Prof. IGNAZIO SCALONE - *Note su alcuni casi di edema maligno, non gassoso.*

III. Dott. GUIDO LERDA - *Sulla tecnica delle amputazioni per lesioni traumatiche.*

IV. Dott. PIETRO GILBERTI - *Occlusione intestinale da tumore del mesentere.*

Il fascicolo 10 (1° ottobre 1917) della nostra SEZIONE MEDICA conterrà i seguenti lavori:

I. Prof. N. PENDE - *Modificazioni del cardiogramma elettrico, per aumento del lavoro del cuore.*

II. Dott. G. FUMAROLA ed ERMANNO MINGAZZINI - *Contributo clinico e sperimentale allo studio del riflesso oculo-cardiaco.*

III. ANTONIO FARA - *Intorno all'iperindacanemia.*

QUESTIONI DEL GIORNO.

Decalogo terapeutico in fratture di femore.

Prof. B. SCHIASSI di Bologna.

I. — Nel trattamento di fratture chiuse con spostamento dei frammenti non ricorrere mai ad apparecchi di trazione a pesi; questi non ti serviranno nè per ottenere una esatta riduzione *capo a capo*, nè una buona contenzione, vuoi che tu scelga apparecchi a trazione in estensione, tipo Buck-Volkmann, od apparecchi a trazione in flessione, tipo Hennequin.

L'opinione che le fratture di femore possano essere ben ridotte e contenute da apparecchi a pesi è stata del tutto e giustamente distrutta dalla radiologia, la quale ha dimostrato che le guarigioni ottenute con tale metodo e credute dai chirurgi le migliori, non erano altro che guarigioni *approssimative*.

II. — Nelle fratture con accavallamento dei frammenti non ritenere mai di potere conseguire con trazioni manuali delle riduzioni precise *capo a capo;* ciò sopra tutto se trascorsero alcuni giorni dal momento del trauma; devi ricorrere invece ad un mezzo di trazione meccanica, precisamente *a vite*, avendo posto il malato su di un apparecchio del tipo *Schede*.

La riduzione della frattura va ottenuta in narcosi od in rachi-anestesia con trazione longitudinale *a vite* e con pressioni a trazioni laterali, inferiori o superiori a seconda dei casi esercitate sui monconi per mezzo di fascie che si abbandonano poi incluse nell'apparecchio.

La contenzione sarà raggiunta nel suo *optimum* con l'applicazione durante la narcosi ed a frattura ridotta *capo a capo* di un apparecchio gessato che includendo il piede comprenda tutto l'arto sede di frattura, la radice dell'arto opposto e tutto il bacino fino alla base del torace, questa, meglio, compresa.

III. — Domanda sempre alla radiologia il controllo delle riduzioni di fratture che hai operato; anzi se puoi fa la ricerca radioscopica mentre l'infermo è sul tavolo da estensione prima anche di confezionare l'apparecchio di gesso; e non restringere mai la ricerca osservando il focolaio di frattura in una sola proiezione poichè è certo che una frattura può sembrare perfettamente ridotta in proiezione antero-posteriore non la si osserva affatto ben ridotta in proiezione laterale: inferisci adunque della giustezza delle riduzioni *solo* dopo aver osservati i capi bene a contatto in almeno *due* proiezioni.

IV. — Nelle fratture per arma da fuoco o per altra cagione in cui sia giustificata l'ipo-

tesi d'infezione del focolaio, dopo aver ridotta *subito* la frattura in narcosi sul tavolo tipo *Schede*, poni l'infermo sull'apparecchio di flessione a doppio piano inclinato in trazione permanente elastica come è rappresentato in *Schiassi. Cura delle fratture arto inf., Fig.* 5-6. *Bull. Scienze M., Bologna, agosto* 1917.

Se dopo una settimana di osservazione il sospetto d'infezione è dileguato riponi l'infermo sullo *Schede,* rivedi se il rapporto dei monconi è esatto ed applica l'apparecchio contentivo gessato, magari con una o più finestre ove tu creda di dover sorvegliare ulteriormente il focolaio.

V. — Nelle fratture aperte ed infette non concepire mai l'illusione di dominare l'infezione con applicazioni ripetute di antisettici.

Tutti gli intrugli antisettici proposti ed usati dal 1870 al 1917, nessunissimo escluso, assolutamente, valsero mai ad arrestare una infezione già sviluppata dentro un focolaio di frattura: *disinfettare* una frattura già in piena infezione costituisce un tentativo terapeutico totalmente vano: adopera invece tutta la tua sollecitudine nell'istituire al più presto una accurata operativa pulizia del focolaio (corpi estranei, scheggie, osse mobili tessuti in mortificazione, ecc.) ed un ampio drenaggio che funzioni in modo perfetto: pel drenaggio non giovarti delle ferite accidentali anche se amplissime quando queste siano sulla faccia anteriore o sulle laterali della coscia; bisogna esporre il focolaio dalla *faccia posteriore* e di qui mantenere libera da essudati la regione infetta.

Come condizione di essenziale importanza, dopo il drenaggio, osserva quella per cui l'arto è posto in permanente immobilità: ai primi giorni, nell'acme dell'infezione, dopo l'atto operatorio, porrai l'arto o nell'apparecchio Schiassi o su quello a doppio piano inclinato; dopo, ad infezione attenuata, applica sul tavolo *Schede* ed in narcosi l'apparecchio gessato con finestre.

VI. — Nelle fratture articolari infette dell'anca, qualunque sia la loro varietà non limitare mai il tuo intervento all'artrotomia ch'è operazione *inutile;* è necessario operare sollecitamente la resezione seguendo la via posteriore secondo la linea trocantere-spina iliaca p. s., o la via anteriore inguino-femorale; se tu seguissi quest'ultima via non trascurare mai assolutamente d'istituire con un'ampia contro-apertura posteriore un buon drenaggio del focolaio.

Dopo mantieni l'infermo con l'arto fortemente abdotto immobilizzato con un apparecchio a pesi per 6, 8 giorni: poi ad infezione attenuata applica in narcosi sul *Schede* un apparecchio gessato a finestra con l'arto sempre in forte abduzione.

VII. — Nelle fratture diafisarie aperte ed infette non accettare per vero che la incisione di elezione deve essere quella sulla metà esterna della coscia; deve essere quella invece praticata sulla faccia *posteriore,* un poco all'esterno della linea mediana, lunga 12, 15 cent. penetrante da prima fra le fibre del capo lungo del bicipite, indi fra quelle del capo corto in modo da tenersi in questo momento un po' all'esterno per non giungere sui vasi femorali profondi: di qui saranno istituiti la pulizia ed il drenaggio del focolaio: per il drenaggio nei primi giorni potrà servire la garza jodoformizzata (non a fini direttamente antisettici), poi il tubo di gomma grosso come uno *speculum* vaginale di medio calibro mantenuto in posto con garza a piatto e così corto da non giungere sin fra gli elementi ossei della frattura, bensì solo in loro vicinanza (tubo in croce foggiato a mo' di cannula da tracheotomia).

VIII. — Nelle fratture dell'epifisi del femore, sopra-condiloidee, non infette, riduci e mantieni a contatto i monconi colla trazione diretta sullo scheletro, secondo Codivilla: ti potrai giovare del chiodo dell'A. o di un arco a due punte che conficcate alla profondità di uno, due millim. sui condili effettueranno una forte prensione: colla trazione esercitata con tal mezzo in narcosi sullo *Schede,* gamba in flessione per eliminare l'azione dei gastro-cnemi, ridurrai la frattura; passerai subito il malato sull'apparecchio a doppio piano inclinato e realizzerai la contenzione o conservando la trazione sull'apparecchio di prensione sui condili od istituendo una nuova maniera di trazione come è rappresentata in Schiassi loc. cit., figura 5-6. Dopo 10-12 giorni a callo iniziato, controlla in due proiezioni se i frammenti sono in buona posizione ed applica un apparecchio gessato colla gamba, ora, in estensione.

Ove la frattura fosse aperta ed infetta istituiti la pulizia ed il drenaggio coi criteri esposti per le fratture diafisarie; metti da prima l'infermo in trazione sul doppio piano inclinato poi ad infezione attenuata nell'apparecchio gessato con finestra.

IX. — Nelle fratture infette condiloidee ai primi sintomi certi della infezione articolare opera *subito* la resezione tipica od atipica, a seconda della lesione, della articolazione del ginocchio, avvertendo di porre poi oltre ai drenaggi laterali anche un drenaggio posteriore.

Sarai autorizzato ad amputare quando la lesione condiloidea sia così complessa e così

gravemente infetta da non consentire nè la preparazione di una regolare superficie di resezione nè il dominio del focolaio di infezione.

X. — Nelle fratture infette della rotula con infezione dell'articolazione, dopo aver resecato od asportato l'osso, non restringerti alla solita artrotomia ed ai rispettivi drenaggi laterali od ai così detti latero-posteriori: aggiungerai sempre un'ampia artrotomia *posteriore;* dopo aver preparati ed incisi il m. popliteo e l'espansione aponeurotica del m. s-membranoso, o leg.to popl. obliquo, inciderai la capsula così da resecarne una porzione ellitica: attraverso questa breccia metterai fra i capi articolari, arto in semi-flessione, una relativamente grossa striscia di garza jodoformizzata (non a fini antisettici diretti) da lasciar in posto tre quattro giorni.

Non avrai poi a lamentare emorragie secondarie dai vasi poplitei se nell'operare non avrai denudato questi di soverchio.

Nei primi giorni dopo l'operazione metterai l'infermo in leggera trazione nell'apparecchio Schiassi come loc. cit., fig. 4, poi in apparecchio gessato, con finestre, che comprenda tutto l'arto dalle dita del piede al bacino, questo pure incluso.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DA CAMPO N. 0123
Direttore, capitano medico GIULIO LEPRI.

Su di una complicanza non frequente dell'infezione melitense

per il dott. FRANCESCO D'ALESSANDRO,
Tenente med., Assist. di anatomia patologica.

Che nell'infezione da micrococco melitense fossero frequenti disturbi a carico del sistema nervoso centrale e periferico è cosa nota già dai primi studî su di essa. Nella letteratura si trovano descritti disturbi di moto, di senso, di trofismo, così per esempio le nevriti nelle statistiche inglesi di Eyre Bruce figurano nel 50% dei casi. Pur ritenendo con l'Antico che tale percentuale per gli altri autori, specie italiani, è di molto esagerata, pure si può ritenere vero l'aforisma del Cantaloube che « *le micrococcus fait le mal et le système nerveux le partage* ». Del resto gli studî sperimentali di Noël Bernard hanno dimostrato quanta e quale spiccata affinità abbia la tossina del mierococco melitense per cotesto sistema della umána economia, onde non meraviglierà di vedere addebitati a cotesto germe disturbi nervosi per i quali, data l'epoca di insorgenza nello svolgersi dell'infezione, poteva sfuggire il vero nesso causale. L'averne osservato un caso non frequente — giacchè in tutta la letteratura a mia disposizione non ne ho trovato che un solo analogo, quello del Samut — mi induce a renderlo noto onde portare un contributo alla conoscenza di questa proteiforme infezione, che potrebbe chiamarsi l'isterismo delle malattie infettive, tante sono le sindromi che assume e simula.

*
* *

Caporale F... C... da Catania del... Fanteria.

Nulla nel gentilizio tranne, a carico del padre, una malattia fatta nel maggio 1913 che, a detta dell'infermo, fu diagnosticata come febbre mediterranea. Oltre la febbre, durata circa quattro mesi, pare abbia avuto anche dei dolori artralgici, che l'infermo designa come reumatici e che gli produssero gradatamente la limitazione dei movimenti fino alla impossibilità completa. Non è possibile sapere altro di più preciso tranne che cotesta malattia del babbo guarì completamente dopo circa 14 mesi.

L'infermo da borghese esercitava il mestiere di ortolano, come il padre. Mangiava spesso erbe crude. Non sa precisare se abbia bevuto spesso latte di capra, solo ammette di averne ingerito qualche volta. Non è stato mai nè bevitore nè fumatore. Si è nutrito sempre sufficientemente ma parcamente.

Nell'anamnesi personale si trova un'infezione difterica a 7 anni: in seguito l'infermo ha go-

duto sempre ottima salute ed ha sempre lavorato. Fu chiamato alle armi nel maggio 1915 ed i primi mesi prestò servizio, anche disagiato, senza risentirne conseguenze. Nel luglio 1915 mentre era in trincea ebbe per qualche giorno dei lievi rialzi termici, pare continui, ma che alla visita medica del mattino non oltrepassavano i 37°.5. Non sa precisare se la sera la febbre aumentasse. Inviato perciò in un ospedale da campo fu trovato apiretico e quindi passato in un convalescenziario dove stette altri sette giorni: qui non ebbe più temperatura nè altro sintoma subiettivo. Esclude che in quell'epoca abbia avuto diaforesi abbondante. Stette bene fino ai primi dell'agosto seguente, quando, essendo ancora in trincea, ebbe un congelamento di secondo grado ai piedi per cui fu rinviato di nuovo in un ospedale da campo, dove pare abbia avuto temperature non ben precisabili nei primi cinque giorni di degenza. Del congelamento guarì in circa 20 giorni e stette bene, prestando servizio, fino al marzo 1916, quando per le disagiate condizioni di vita cominciò ad avvertire febbre non molto alta (37°.2-37°.5) e fatti bronchiali (tosse con escreato, corizza, ecc.). Per circa 15 giorni fu curato ambulatoriamente, quindi ricoverato in ospedale perchè la febbre di sera saliva a 38°. Pare che in quest'epoca avesse abbondante diaforesi notturna coincidente col rimettere della temperatura. Fu degente in ospedale per circa due mesi per fatti bronchiali residuali: la febbre era caduta per lisi dopo circa 15 giorni. Riprese servizio fino ai primi dell'ottobre 1916 quando cominciò ad avvertire astenia, anoressia e sopravvenne la febbre. Questa lo assaliva preceduta da senso di orripilazione e freddo alle spalle — così si esprime l'infermo — non ad ora fissa ma quasi sempre di mattina: la sera era più alta. Pare abbia avuta pure abbondante diaforesi ma non sa precisare in che ora della giornata. Persistendo tale sintomatologia fu inviato in questo ospedale con diagnosi di infezione malarica il 15 ottobre 1916.

Al momento dell'ingresso presentava anche disturbi intestinali (diarrea) e febbre continua a rialzi serotini. Finito il periodo contumaciale e trovato immune da vibrioni colerici passò nel reparto negativi dove continuò ad avere febbre fortemente remittente al mattino, senso di debolezza agli arti inferiori (impossibile la stazione eretta e la deambulazione). All'esame obiettivo, oltre uno stato saburrale della lingua, meteorismo addominale e dinamometria diminuita agli arti inferiori con parestesie e leggeri dolori sordi, non avvertiva altri disturbi. Verso la fine di ottobre insieme al progredire dei disturbi motorii degli arti inferiori fino allo stabilirsi di una netta paraplegia, insorse incontinenza delle feci. Lo sfintere vescicale si mantenne in quell'epoca ed inche in seguito sempre continente. Il 15 novembre sfebbrò completamente e da allora non ha avuto più rialzi termici. La febbre cadde per lisi.

Dal registro nosologico si rileva che in cotest'epoca la paralisi agli arti inferiori era completamente flaccida: la sensibilità parzialmente diminuita: quasi scomparsi i riflessi profondi e superficiali. Perdita involontaria delle feci. Esame viscerale completamente negativo. Nè subiettivamente nè obiettivamente alterazioni della colonna vertebrale. Nella notte discreta diaforesi. Verso i primi di novembre insorse una paralisi spastica degli arti superiori: i movimenti volontari erano completamente aboliti: volendo vincere lo spasmo muscolare con movimenti passivi si provocava dolore, del resto anche risvegliato dalla sola palpazione delle masse muscolari. La sensibilità ed i riflessi completamente conservati. Dopo qualche giorno intervenne paresi dei muscoli del collo per cui a stento l'infermo poteva flettere in avanti e rotare il capo. Inoltre cominciò ad avvertire difficoltà a divaricare le mascelle e presentò disturbi disartrici della parola. Non disturbi della deglutizione e del respiro. In quest'epoca visitai l'infermo.

Esame obiettivo. — Individuo di costituzione regolare, ben sviluppato. Stato di nutrizione scadente. Pallore della cute e delle mucose visibili. L'esame viscerale riesce completamente negativo tranne un leggero aumento della zona plessimetrica della milza, che del resto non si palpa sotto l'arcata costale. Esame dell'orina negativo, eccetto un leggero aumento dei fosfati: nulla di rilevante all'esame del sangue: formula leucocitaria presso che normale. Negativa la ricerca dei plasmodi della malaria. Emocultura pure negativa. Sieroreazione per il tifo, i paratifi ed il colera negativa: positiva invece pel micrococo melitense all'1‰. Psiche integra. Senso di euforia. Appetito buono. Polso ampio, ritmico, 78 al minuto. Respirazioni 20. Gli arti inferiori giacciono inerti: sollevati, ricadono pesantemente sul piano del letto. Le masse muscolari sono ipotoniche ed ipotrofiche più di quanto comporterebbe lo stato di denutrizione generale. Nessun'altra alterazione del trofismo. Abolita completamente la funzione motoria volontaria tranne un accenno di flessione della coscia sul bacino e della gamba sulla coscia. I movimenti passivi sono possibili in tutti i sensi e non provocano dolore. La sensibilità barica, termica, dolorifica parzialmente conservate ma di molto diminuite. L'esplorazione dei tronchi nervosi riesce indolente nè questi si notano ingrossati. I riflessi profondi (achilleo, plantare, rotuleo) quasi scomparsi, quelli cutanei (scrotale, addominale, ecc.) sensibilmente diminuiti. Assente il Babinski. Assente la reazione miastenica. Per quanto il paziente perdesse involontariamente le feci pure una vera paralisi dello sfintere non doveva esserci, giacchè, insistentemente interrogato, finì con l'ammettere che era più pel fastidio che gli dava il chiamare l'infermiere che per una vera impossibilità a trattenersi che compiva le sue funzioni nel letto.

Invitato a mettersi seduto l'infermo non vi riesce: fattagli prendere tale posizione per un po' la mantiene, poi ricade pesantemente sul letto. Gli arti superiori sono anch'essi inerti: però sono possibili limitati movimenti delle dita (flessione) e del braccio (pronazione). Le masse muscolari anche qui sono ipotrofiche sensibilmente, ma in uno stato di semicontrattura. Con la palpazione globale di tutta la massa muscolare come con la manovra tendente ad estendere l'arto si provoca dolore, non però eccessivo, ciò che non succede se si palpano i tronchi nervosi. La sensibilità ed i riflessi quasi integri. I fenomeni disartrici come la contrattura dei masse-

teri completamente scomparsi. I muscoli si palpano tonici e ben sviluppati. Anche i muscoli del collo sono tornati normali. I riflessi corneale e pupillare non si sono mai alterati. Per ragioni superiori alla mia volontà non mi è stato possibile saggiare l'eccitabilità elettrica.

Fu istituita dapprima una cura tendente a vincere lo stato irritativo dell'intestino, indi furono somministrati dei salicilici che pare dessero discreti risultati. Le condizioni dell'infermo con una dieta corroborante e con iniezioni ricostituenti sono andate sempre migliorando. La nutrizione e l'ematosi si sono fatte quasi normali. La funzione motoria degli arti si è andata man mano ripristinando. Ad un esame obiettivo fatto il 15 dicembre prima del trasloco dell'infermo in altra unità sanitaria per necessità di sgombero, risultava: gli arti inferiori sono sempre ipotrofici, ma le masse muscolari un po' più toniche: i movimenti attivi, per quanto non troppo vivaci, sono possibili in tutti i sensi: anche la dinamometria è aumenata; riflessi tornati normali per quanto un po' tardi. È impossibile la stazione eretta, però sostenuto l'infermo può fare dei passi normali. Negli arti superiori la miglioria è meno evidente ma abbastanza sensibile.

***

Nel momento in cui osservai l'infermo, essendosi già svolto quasi per intero il quadro sintomatologico, si presentava ovvia la diagnosi di paralisi ascendente di Landry, per quanto, fortunatamente per l'infermo, non ci fossero stati i sintomi bulbari che avrebbero messo in grave pericolo la sua vita. Però restavano ad assodare diversi punti: si era trattato di una nevrite multipla o di poliomielite? Ed anche ammessa semplicemente dottrinale questa questione, restava a stabilire quale ne fosse stato l'agente causale.

Ad un esame sommario tutto faceva pensare, data la provenienza dell'individuo, ad una forma *a frigore* in soggetto defaticato dai disagi della trincea. Però nell'anamnesi, nel decorso, nel tempo e modo di insorgenza della sintomatologia c'erano dei fatti che, pur facendo ammettere il freddo come causa determinante, non potevano esimerci dal ricercare una possibile compartecipazione del fattore tosso-infettivo. Si pensò dapprima alla malaria, ricordando la diagnosi di entrata dell'infermo nell'ospedale; però nè il decorso ulteriore della febbre, nè l'esame obiettivo, nè l'esame ematologico poterono confermare tale logico sospetto. Essendoci state nei primi tempi delle turbe intestinali si pensò a qualche forma anomala di tifo o paratifo: la sierodiagnosi ci rassicurò a tale riguardo, mentre ci diede nel contempo la chiave del problema. Difatti la Wright, che io non tralascio mai di eseguire, quando mi è possibile, ammaestrato dall'esperienza di non dover mai escludere la possibilità di una infezione melitense, risultò positiva alla diluizione di 1‰ e forse era anche a titolo maggiore (non istituii altre ricerche, ritenendo tale diluizione sufficiente, per esperienza personale e per consenso unanime degli AA., per una diagnosi probativa). Si trattava dunque di una complicanza, per quanto rara, di questa infezione. Restava però da stabilire l'epoca in cui si era iniziata.

Dall'anamnesi non risultava nessun fatto morboso incriminabile prima del servizio militare, nè si poteva pensare che l'infermo avesse taciuto qualche cosa, data la sua mentalità, oltre il fatto a sua conoscenza, che io non ero in grado nè di giovargli nè di nuocergli a scopi fiscali, non essendo nè il medico curante, nè il direttore dell'ospedale. Risultava quindi la certezza che si fosse infettato durante il servizio militare, potendosi escludere lo sviluppo di una infezione in incubazione quando era partito da casa per il periodo di tempo interceduto, troppo superiore a quello ammesso da tutti gli Autori. Nè credo che la lieve indisposizione avuta nel luglio 1915 possa ritenersi della stessa origine, data la sua fugacità. Invece sembra più probabile lo sia stata quella del marzo 1916, onde la malattia dell'ottobre 1916 che precedette lo stabilirsi dei fatti paralitici si deve ritenere come una ricaduta. Purtroppo non mi fu possibile avere notizie precise nè sui posti in cui era stato nè sulle sue abitudini di vita in quell'epoca, ma ciò non esclude per me la possibilità di infettarsi. A ciò ritenere mi conforta la mia esperienza, fatta nel mio ormai non breve servizio in zona di guerra. Dai diversi casi raccolti sia nel mio servizio reggimentale, sia in quello degli ospedali da campo ho potuto convincermi che tale infezione anche qui è frequente e solo spesso misconosciuta.

Quale la via di entrata, almeno nel mio caso? Pur non potendo, ripeto, dir nulla di preciso non mi pare azzardato ammettere che, potendo escludere i comuni veicoli (latte, erbe crude, ecc.), siano gli infermi stessi o i portatori a diffondere l'infezione.

Stabilita così la natura della forma morbosa del nostro infermo cerchiamo di spiegarci qualche altra particolarità. Di che processo anatomo-patologico si è dunque trattato? Dinanzi al quadro sintomatologico che si osservò al primo istituirsi dei fatti la diagnosi oscillava tra polinevrite e poliomielite anteriore acuta degli adulti, giacchè era facile escludere tutte le altre mielopatie e miopatie, come pure una forma funzionale, data l'assenza di ogni sintomatologia specifica. Il modo di insorgere dei disturbi motori ed il decorso facevano propendere per una forma nevritica, ma mancava un fattore importantissimo, cioè i disturbi della sensibilità, non potendosi chiamare tali le

lievi algie accusate dall'infermo dopo insistente esame. Inoltre le parestesie, il senso di arto morto, la dolorabilità delle sole masse muscolari e non dei tronchi nervosi, ecc., se pure facevano pensare ad una forma neuritica, per quanto fosse non tipica, non escludevano affatto la poliomielite, di cui pure sono sintomi: onde il caso si presentava sempre dubbio, mancando specialmente il criterio del comportamento della eccitabilità elettrica. Il quadro si rischiarò col progredire dell'affezione, ma più nel senso nosografico che in quello anatomopatologico.

Difatti qual'è il substrato anatomico della sindrome che va sotto il nome di paralisi ascendente del Landry? Da quello che sappiamo sui reperti di autopsia finora noti risulta che la lesione non si limita sempre al tronco nervoso o alle cellule e cordoni midollari, ma il più spesso queste varie lesioni coesistono (Krewer, Milles-Spiller, Guizzetti, Knapp, Thomas, ecc.). Non è logico quindi pensare nel nostro caso ad una localizzazione multipla della tossina batterica specie considerando il comportamento degli sfinteri e la paralisi spastica degli arti superiori che debbono senz'altro far ammettere una compartecipazione di centri e cordoni (laterali) di fibre midollari? Onde mi pare che il mio caso porti una conferma indiretta all'ipotesi di quegli Autori (Raymond, Etienne, Martinet, ecc.), pei quali la polinevrite, la poliomielite anteriore e la paralisi ascendente del Landry non sono che tre differenti manifestazioni di una sola entità « la cellulo-nevrite acuta anteriore ».

Credo inutile spendere altre parole per dimostrare che le alterazioni, qualunque esse siano state, fossero dovute alla tossina del micrococco melitense: solo mi pare opportuno accennare alle ragioni per cui nel nostro infermo tale tossina abbia aggredito quasi esclusivamente il sistema nervoso lasciando quasi intatto il resto dell'economia organica. Oltre la speciale affinità della tossina in parola pel sistema nervoso, dimostrata anche sperimentalmente, come si è visto innanzi, credo si possa invocare una predisposizione dell'individuo, diremo così, ereditaria: abbiamo visto come il padre abbia avuto una forma se non identica, almeno analoga, per quanto si può ricostruire dalle notizie imprecise che ne dà l'infermo. Poi nell'anamnesi personale risulta una infezione difterica: per quanto sofferta nell'infanzia essa ha potuto tuttavia rendere più sensibile un sistema nervoso già scosso organicamente. Infine abbiamo lo shock della guerra con la vita di trincea capace di per sè sola ad indurre lesioni ben gravi nel sistema nervoso stesso.

Quale la prognosi? Io penso si possa stabilire fausta non fosse altro *quoad vitam*. Il non esserci stata compartecipazione dell'innervazione diremo così vitale (frenico, ipoglosso, centri bulbari), il regredire dei fenomeni paralitici già inoltrato all'epoca in cui ho perduto di vista l'infermo ci dànno affidamento che anche la prognosi *quoad valetudinem* debba essere fausta, pur non potendo escludere che possano persistere dei reliquati.

BIBLIOGRAFIA.

ANTICO V. *La febbre di Malta e criteri diagnostici.* Pisa, Tip. Falletto, 1915.
CANTALOUBE. *La fièvre de Malte en France.* Paris, Maloine, 1911.
SAMUT. *Landry's paralysis and Malta fever.* Journ. roy. arm. med. Corps, 1911.
Inoltre i testi di Patologia speciale medica e di Nevrologia.

Zona di guerra, marzo 1917.

SERVIZI SANITARI.

Sul problema della malaria nell'Esercito.

Dott. GAETANO APICELLA.

Un grave ingombro per i servizi sanitarii è rappresentato dai malarici che già numerosi nel nostro esercito, aumentano sempre più.

D'ordinario il malarico viene alla visita medica accusando tosse e dolore puntorio al torace, o dolori alle articolazioni: mira a farsi ricoverare in ospedale per pulmonite o reumatismo articolare acuto. Non so se qualcuno ci sia riuscito ma la costanza della semi-simulazione mi induce a credere che sì.

Qualche altra volta mente un catarro gastrico; sempre protesta di non poter fare servizio per il fastidio che gli dà la milza grossa.

Inviato all'ospedale per malaria, vi rimane da un giorno (necessità di sgombro) a qualche settimana, ne viene dimesso con venti giorni di convalescenza, poco più o meno.

Durante la licenza non prende chinino.

Il malarico rientra al corpo più malarico che mai e il ciclo ricomincia.

Riassumendo si ingombrano i servizii reggimentali, i servizi ospedalieri, non si *obbliga* il malato a guarire, e intanto si sottraggono alla forza armata soldati numerosi tra i migliori d'Italia: sardi, siciliani, pugliesi, basilicatesi, romani, ecc.

Si è cercato di risolvere il problema accentrando i malarici in ospedali deputati a ciò, ma l'affluenza di feriti nei periodi d'azione ha rimessi in circolazione i ricoverati e i furieri hanno dovuto ricominciare le variazioni:

entra alla infermeria;

esce dalla infermeria con 4 giorni di riposo;

entra all'ospedale;
e via di seguito.

Senza contare le chiamate notturne al medico dall'ufficiale di picchetto per « un malato grave con temperatura altissima ».

Sottopongo alla critica di chi me ne onorerà quello che a mio giudizio si potrebbe fare.

Si costituiscano dei reparti malarici da adibirsi specialmente alla costruzione e manutenzione di strade montane.

Il reparto avrebbe amministrazione autonoma, prenderebbe aggregati i militari che rientrerebbero al corpo a guarigione completa.

Rappresenterebbe una piccola riserva della prima linea antistante ove le esigenze tattiche lo richiedessero.

Sarebbe inquadrato da un ufficiale superiore o capitano, 10 ufficiali subalterni, 1 ufficiale del genio, 1 ufficiale medico.

Avrebbe la forza di 500 uomini di truppa in dieci plotoni o squadre di lavoro.

Ogni plotone avrebbe oltre l'ufficiale un graduato o soldato del genio e un caporale di sanità.

Il reparto potrebbe essere attendato e avere una infermeria (baracca) di 50 posti con un caporale di sanità e 5 piantoni.

Ogni militare avrebbe una scheda alla infermeria con un quadro per le temperature che verrebbero prese a *tutti* i malarici quattro volte al giorno.

L'alimentazione sarebbe migliore della ordinaria.

Con questo sistema (*mutatis mutandibus*) il medico potrebbe conoscere il tipo di febbre di ciascuno dei malati, *obbligarli* ad una cura razionale.

Il reparto darebbe grande rendimento di lavoro perchè tra i malarici sono numerosi contadini.

La maggiore spesa rispetto ad altra unità di pari forza sarebbe minima.

E finalmente, come dicevo, si avrebbero a distanza relativamente breve dalla prima linea truppe di riserva niente affatto scadenti.

NOTE E COMMENTI.

Sulle simulazioni e autolesioni riguardanti l'organo acustico.

A proposito dell'articolo del prof. Tommaso Mancioli, maggiore medico, « Sulle simulazioni e autolesioni dell'organo acustico », pubblicato nel fascicolo n. 37 del giornale *Il Policlinico*, trovo opportuno fare brevissime osservazioni.

Nel medesimo reparto otitici dell'Ospedale militare principale di Roma diretto dal prof. Mancioli (e prima della mia mobilitazione, da me, per quindici mesi), a confermare o meno il sospetto di artificiosità di alcune lesioni dell'orecchio esterno e medio, mi sono sempre valso del collodion in modo simile a quello da lui poi adottato, ma, a mio avviso, più vantaggioso. Ecco come procedevo.

Nettato accuratamente e sterilizzato in quanto era possibile il meato e il condotto uditivo e zaffato questo ultimo con garza, bagnavo nel collodion un tondino di fitta garza di grandezza un poco minore di quella di una moneta da cinque centesimi e l'applicavo esattamente sul margine libero della faccia esterna del trago, sulla radice dell'elice, sul tratto della conca con essa continuantesi fino all'antitrago e su questo. Essiccatosi il collodion, la garza diviene dura e impermeabile su tutta la sua superficie garantendo così da ogni manovra criminosa del soggetto, non solo il condotto uditivo, ma anche il meato con la superficie interna del trago e la parte inferiore della conca del padiglione, sedi anche queste non infrequenti di autolesioni.

Per rimuovere tale mezzo di occlusione, basta bagnare con etere i bordi della garza aderenti alla cute e toglierla quando, discioltosi il collodion, quella si sarà rammollita e già quasi di per sè distaccata.

In tal modo, essendo i margini della garza aderenti alla cute tutti allo esterno dell'orecchio, sì che chi la distacca possa osservare quando si sia rammollita, si evita il rischio di abrasioni ed eventuali loro conseguenze, ad ogni modo meno pericolose nei punti ove pongo la garza che non nel meato uditivo e specie nella superficie interna del trago ricca di peli e di ghiandole sebacee e dove forse non sempre è agevole rimuovere ogni peluria di cotone collodionato.

Col metodo da me praticato sin dal 1915 si evita anche il senso di notevole distensione dato dalla pallottolina di cotone idrofilo imbevuta nel collodion ed essiccata, situata nel meato uditivo le cui pareti offrono una certa resistenza. Questo metodo, che ho poi continuato ad usare

in zona di guerra, mi ha sempre giovato non solo ad accertare le autolesioni dell'orecchio esterno e medio, ma anche a dissuadere parecchi cattivi soggetti dal tentarle.

Prof. A. FIORI RATTI,
maggiore medico di complemento.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Il primo Congresso Nazionale dei Brefotrofi.

Nei giorni 19 e 20 settembre si è riunito in Roma il 1° Congresso dei Direttori ed Amministratori dei Brefotrofi d'Italia, il quale è riuscito importantissimo, sia per il grande numero delle adesioni e dei partecipanti, sia per la serietà e gravità degli argomenti trattati. Era questo un Convegno del quale si sentiva veramente la necessità, poichè già da parecchi anni, per lo sviluppo delle scienze pediatriche, e per la consecutiva evoluzione di tutta l'assistenza sanitaria e morale della infanzia, l'Istituto Brefotrofico, così come era stato creato nei tempi antichi non poteva più corrispondere al moderno indirizzo, sia nei riguardi del concetto morale dell'esposto e del modo di custodirlo e tutelarlo, sia anche delle conoscenze e del progresso dell'igiene infantile. Già da parecchi anni i Pediatri sostengono, che per l'indirizzo e l'ordinamento interno ed esterno i Brefotrofi devono esser considerati come *istituti eminentemente sanitari*.

Non sono essi dei semplici depositi di bambini sani, come spesso ancora da alcuni amministratori si ritiene, ma devono essere delle vere *cliniche per poppanti*, poichè i lattanti che vi sono ricoverati, relativamente alle cure di cui hanno bisogno, richiedono maggiori attenzioni degli ammalati adulti: inoltre per la profilassi della sifilide, per l'assistenza igienico-sanitaria degli esposti affidati in campagna, per la sorveglianza dell'allattamento mercenario a distanza, richiedono cure e cognizioni mediche, che sono il frutto di tutte le moderne conquiste della Pediatria.

Ed è soprattutto alla iniziativa dei medici che si deve il graduale trasformarsi di alcuni di questi Istituti: è ai medici che si deve dare il merito di aver studiato i mezzi più adatti per combattere l'alta mortalità degli esposti che in tutti i Brefotrofi ed in tutti i tempi si è osservata.

Ma nonostante le buone intenzioni e le saggie misure prese in alcuni di questi Istituti (e fra questi in prima linea in quello di Milano per opera del prof. Grassi) i gravi inconvenienti hanno persistito in gran parte, ed in questi ultimi tempi, per condizioni speciali create dalla guerra, si sono riacutizzati al punto da costituire per molti Brefotrofi uno stato di disagio angoscioso.

E sono stati i medici a dare il grido d'allarme ed a porre in evidenza la cruda verità dei fatti, cioè l'aumento impressionante della mortalità dei lattanti, dovuta alla deficienza di balie ed ai disastri dell'allattamento artificiale, al quale si doveva forzatamente ricorrere.

La stampa medica e politica ha fatto opera di rapida propaganda. Il nostro giornale ha pubblicato delle impressionanti statistiche del Flamini di Roma, il quale coraggiosamente e francamente ha denunciato il male in tutta la sua evidenza. Le polemiche sorte sulla stampa di Roma per opera di medici (Grassi, Viana, Modigliani, Flamini, Spolverini, Canezza) e poi in quella di altre città hanno commosso l'opinione pubblica. Il disagio sentito dai sanitari dei Brefotrofi, giunto si può dire alla esasperazione, ha fatto da questi e dalle Amministrazioni accogliere con senso di sollievo la notizia del convegno di Roma. Questo è stato indetto a tempo opportuno per assicurare una ottima riuscita. Il merito principale del Congresso spetta al prof. Tropeano, Governatore del Brefotrofio dell'Annunziata di Napoli ed al Consigliere Provinciale di Roma sig. Vesci: le adesioni sono state numerosissime: circa 100, sopra i 120 Brefotrofi esistenti in Italia.

La discussione procedette sempre animatissima, dato l'interessamento portato da tutti i Congressisti: se la durata del convegno fosse stata più lunga tutte le importanti questioni che si riferiscono ai Brefotrofi sarebbero state ampiamente discusse, ma dato il tempo limitato sono state in special modo trattati i principali problemi.

Se un più lungo tempo avesse permesso una più ampia discussione sul funzionamento tecnico dei Brefotrofi sarebbe stato utile far cenno della importanza grandissima che avrebbe un regolamento sul servizio sanitario e su quello di assistenza diretta dei bambini. Ci sembra una lacuna il non aver preso in considerazione l'obbligo che dovrebbe esistere di reclutare il personale sanitario per concorso, in modo da assicurarsi medici veramente competenti nella patologia e nella clinica infantile.

Inoltre dovrebbe essere ammesso a prestare l'assistenza diretta dei piccoli bambini solo un personale femminile esperto, intelligente e colto e non costituito di donne rozze, analfabete, *ex balie*, come per lo più si pratica nella maggior parte dei Brefotrofi. Chi ha pratica di bambini sa quanto valore abbia una buona assistenza diretta per tutto l'andamento igienico e per la salute dei bambini stessi, specialmente lattanti: donde la necessità di assumere il personale femminile da quelle scuole di puericultura le quali sono scarsissime in Italia, ma delle quali la legge si dovrebbe occupare.

* * *

Il Congresso si è inaugurato la mattina del 19 settembre alle 10 nella sala del Consiglio Provinciale di Roma. Fra i rappresentanti intervenuti si notavano il prof. Giuseppe Tropeano, il comm. Di Lorenzo, l'avv. Alfani ed il comm. Pironti per Napoli; il rag. Filiberto Vesci, il comm. prof. Parisotti, il comm. Decio Albini, il comm. Vanni, il comm. Baccelli, il dott. Valenzi, ed i dottori Pagliari e Flamini per Roma; il sen. Filippo Torri-

giani, il cav. Ugo Cherici ed il prof. Ferrari per Firenze; il dott. Luigi Fadda per Alessandria; il dott. Marsili (Camerino), l'avv. Righi Renzo (Modena), il prof. Boni (Como), il prof. Tommaso Impò (Messina), il rag. Chellini Alfredo ed il comm. Alceste Cristofanini (Livorno), il comm. Contucci Giuseppe (Viterbo), il cav. Adriano Navarrotti (Vicenza), il dott. Viana (Verona), il prof. Bertoldi (Venezia), l'avv. Cesare Danesino (Torino), il dott. Guariglia (Salerno), il prof. Silvio De Kunert ed il dott. Smanciotto (Padova), l'avv. Angeletti (Cremona), il barone Marincola (Catanzaro), il dottor Stelluti Scala ed il dott. Angelo Molajoli (Fabriano), il dott. Pio Ferrari e l'avv. Amendola (Aversa), l'avv. Giulio Zanardi ed il comm. Romagnoli (Bologna), l'on. Libertini (Catania), il dott. Gesualdo La Rosa (Caltagirone), il prof. Armando Malagodi e Valderame Rosini (Ferrara), il sig. Giulio Toni (Faenza), il prof. Pergola (Genova), l'avv. Renato Genova (Mantova), il dott. Augusto Nati ed il dott. Rainaldi Rinaldo (Narni), il dott. Guglielmo Triossi (Ravenna), il cav. Enrico Petrosino (Reggio Calabria), il dott. Campana (Teramo). Erano pure presenti il prof. Badaloni medico prov., il comm. Scillario rappresentante della Direzione generale della Amministrazione civile presso il Min. dell'Interno; il comm. Basile rappresentante della Direzione Generale di Sanità, il comm. Alberto Pavoni presidente della federazione nazionale dei ragionieri, l'assessore comun. Roselli in rappresentanza del Sindaco di Roma, il dott. Mario Poce, il prof. Bruno Franchi, la signora Stringher per l'Associazione Nazionale delle Donne Italiane, la signora Magliocchetti e la signora Lollini per l'Associazione per la Donna, la prof. Teresa Labriola, la dott. Tresita Sandeski, la marchesa Tartarini (Rossana), la signorina Gentili, l'avv. Russo per l'unione delle Provincie d'Italia, ecc.

Alla presidenza presero posto il comm. Pietro Baccelli, il prof. Oreste Parisotti, il prof. Tropeano Giuseppe, il rag. Vesci ed il comm. Albini.

Il prof. Parisotti, presidente della Commissione Amministratrice del Brefotrofio di Roma dette il benvenuto ai convenuti; espresse l'augurio che la discussione conducesse a risultati pratici, e che fossero emessi voti sui quali il Governo potesse veramente fondare come su solide basi una legislazione conforme ai principi di sana morale e di vero progresso sociale. Fece pure l'augurio che nelle proposte per i miglioramenti e nelle riforme fosse fatta alla donna la parte che le spetta.

Il comm. Pietro Baccelli a nome della Deputazione provinciale di Roma dette pure il benvenuto ai congressisti: Se nobili e santi — egli disse — furono i concetti di umanità e di carità che in epoche remote promossero il diffondersi dei Brefotrofi, una triste esperienza ha dimostrato con vergognose ed impressionanti statistiche della mortalità che essi assolutamente non rispondono più ai postulati della moderna civiltà. L'Italia nostra, sempre prima nell'additare ai popoli le vie del progresso, ha il dovere di risolvere il vasto problema che affatica le menti ed i cuori di chiunque abbia senso di umanità.

Venne quindi nominato presidente del Congresso per acclamazione il sen. Torrigiani di Firenze e si iniziò subito la discussione.

La prima questione che si riferisce all'ordinamento generale dei Brefotrofi ed alla loro unicità di indirizzo dapprincipio rivelò diverse tendenze: l'avv. Danesino di Torino disse di non credere alla possibilità di una assoluta unicità di indirizzo e citò, ad esempio, che alcune riforme invocate da qualche Brefotrofio sono state già attuate da molti anni in altri. Rilevò anche le difficoltà specialmente di ordine finanziario per l'attuazione di una riforma generale. Un gruppo esiguo di congressisti si dimostrò favorevole alla *soppressione* dei Brefotrofi sostenendo che si possano convincere tutte le madri ad allevare e a tenere con sè i loro bambini, assistendo così questi ultimi fuori degli istituti. La grande maggioranza dei congressisti si dimostrò invece favorevole al mantenimento della istituzione del Brefotrofio ma riconobbe la necessità urgente che questo venisse radicalmente trasformato: dopo lungo dibattito al quale parteciparono Danesino, Zanardi, Valenzi, Fedele e Modigliani vennero approvati a tale riguardo i seguenti ordini del giorno:

« I Direttori ed Amministratori di Brefotrofi riuniti a convegno *invocano urgentemente* una legge che dia a tutti i Brefotrofi del Regno *unicità di indirizzo*, rispondente a quelle esigenze morali, amministrative, giuridiche, igienico-sanitarie e sociali, da cui soltanto potrà risultare una assistenza umana e redentrice degli esposti.

..... fanno voti che il legislatore, ripreso in esame il progetto di legge Orlando-Giolitti (1907), avuto presente il risultato della discussione del Convegno, voglia sollecitamente provvedere ed emanare opportune disposizioni in materia.

..... non ammettono per ora la possibilità che una provincia manchi del suo Brefotrofio, tanto più che esso deve divenire centro di assistenza e previdenza dei bambini in genere, e di educazione e di aiuto alle madri in genere; invitano perciò il Governo ad imporre l'assoluto rispetto in tutte le provincie della legge Comunale e Provinciale.

..... ritenendo che il miglior modo come precisare e colpire le cause della esagerata esposizione dei bambini e come moralizzare e modernizzare le funzioni dei Brefotrofi sia quello di creare opere ed istituzioni atte a soccorrere, assistere, tutelare l'infanzia bisognosa e la maternità bisognosa — in genere — invitano il Governo ad attivare i servizi di assistenza alla infanzia legittima (Créches, refezioni, goccie di latte, sale di maternità, ospizi ed ospedali per bambini, consultazioni per le madri e pei bambini, scuole per le madri, istituti di puericultura, scuole per bambinaie, ecc.), cui oggi la Nazione è doverosamente chiamata ». Si accese quindi una breve ma vivace discussione sulla Direzione da darsi ai Brefotrofi, sostenendo alcuni medici (Flamini, Fadda, Tropeano) che la Direzione deve essere eminentemente sanitaria essendo questi istituti da considerarsi come cliniche e non come ricovero di bambini sani. Qualora il medico capo dovesse esser sottomesso ad una direzione non sanitaria egli non potrebbe sempre ottenere facilmente quanto gli si può concedere per il migliora-

mento del funzionamento igienico-sanitario di tutta la istituzione, a meno che non avesse a che fare con un amministratore illuminato... ma non sempre ciò accade.

Altri congressisti invece non medici sostennero che non è necessario che i Brefotrofi abbiano dei direttori generali tecnici, al pari dei manicomi, poichè mentre i manicomi ricoverano degli ammalati i Brefotrofi ricoverano dei sani (!)

Fu così approvato un ordine del giorno Danesino-Amendola così concepito:

« Si ritiene che la competenza tecnica, scientifica ed amministrativa della Direzione in gran parte debbono lasciarsi alle speciali condizioni locali e quindi riservarsi all'apprezzamento delle singole amministrazioni ».

Importantissima è stata la discussione sulla recezione degli esposti, sulle indagini nelle madri, e sull'obbligo di queste di allattare il proprio bambino nei primi mesi. All'ampio e vivace dibattito han preso parte la marchesa Tartarini (Rossana), Guariglia, Danesino, Pergola, Rizzardi, Zanardi, Stellini, Amendola, Da Rosa, ecc. L'ordine del giorno che venne approvato è forse il più importante e suona così:

« Si delibera che venga istituita per legge in tutti i Brefotrofi del Regno la indagine della maternità a scopo amministrativo ed igienico-sanitario oltre che a scopo morale e sociale, che vengano pertanto abolite tutte le altre forme di recezione dei bambini indagando le cause dell'esposizione per neutralizzarle con mezzi legali, morali ed economici, *obbligando le madri ad allattare i propri bambini nei primi mesi con larghe mercedi mensili* ed inducendole con mezzi morali ed economici a riconoscerli ».

Con bella concordia, dopo brevissima discussione l'assemblea votò l'ordine del giorno dell'avv. Danesino relativo alla ricerca della Paternità.

« Il Convegno, ritenendo completamente necessario per l'assistenza agli esposti la ricerca della paternità, fa voti che venga approvato al più presto un completo progetto di legge sulla ricerca della Paternità ».

Vennero quindi approvati altri ordini del giorno fra i quali importantissimo quello del professor Viana :

« Il Convegno esprime il voto che il Governo non tardi a sanzionare con apposita legge l'assistenza delle gestanti illegittime, contemporaneamente a quella degli esposti: che siano caldeggiati i rapporti può intimamente possibili fra Maternità e Brefotrofi, affinchè l'assistenza delle madri proceda di pieno accordo con quella dei bambini e ne sia la più logica ed utile integrazione ». Nell'approvare quest'ordine del giorno il Flamini espresse l'opinione che anche nei casi nei quali fossero unite le due istituzioni (Maternità e Brefotrofio) devono sempre mantenersi le Direzioni tecniche separate acciocchè l'ostetrico non sia anche il Direttore del Brefotrofio al quale deve esser sempre preposto il Pediatra.

Importante pure è l'ordine del giorno approvato nei riguardi del Baliatico interno ed esterno, della sorveglianza igienico-sanitaria e della profilassi della sifilide:

« Il Convegno, constatando la enorme diffusione della sifilide da baliatico ed altre gravi conseguenze biologiche e sociali in tutti i centri di allevamento degli esposti, mentre invita il Governo a sancire speciali provvedimenti contro questo grave pericolo nazionale, riconosce che si possa agevolmente intensificare principalmente l'opera di profilassi della sifilide:

a) con l'obbligo dell'allattamento materno;

b) praticando direttamente, mediante funzionari degli enti la visita alle madri ed alle stesse praticando la reazione di Wassermann, senza tener conto dei certificati medici. Urge perciò l'istituzione di gabinetti di batteriologia;

c) praticando le visite e la stessa reazione di Wassermann alle nutrici cui si affidano i bambini: tali nutrici sperimentando ed educando;

d) praticando, oltre che la visita, la reazione di Wassermann a tutti i bambini che vengono ricoverati in ospizio;

e) ritirando i bambini dal baliatico esterno dichiarati sospetti, allogandoli nella sala sifilopatica di ciascun ospizio con allattamento artificiale ».

Nella seduta pom. del 20 settembre si è approvato uno schema di statuto per la Federazione Nazionale fra i Brefotrofi. Si stabilì quindi che venga pubblicato un bollettino mensile dei Brefotrofi.

* *

Il giorno 21 settembre i congressisti si sono recati al mattino a visitare il Brefotrofio di Roma ove furono ricevuti dal rag. Filiberto Vesci e dal dott. Valenzi della Commissione amministratrice, dal comm. Decio Albini e dal dott. Pagliari. I visitatori espressero la propria soddisfazione per l'ordine e l'igiene, e quindi vollero anche interessarsi della *Scuola di Puericultura,* che trovasi annessa al Brefotrofio e che visitarono minutamente. Questa scuola, affidata alle cure del dott. Flamini, ha lo scopo di istruire le giovani ad assistere i bambini, e di abilitarle a divenire buone madri o bambinaie. Ha anche lo scopo di diffondere con tutti i mezzi le norme dell'igiene infantile. Il prof. Tropeano volle molto opportunamente, con elevata parola, rendersi interprete del sentimento dei congressisti, rivolgendo un pensiero di ammirazione alla signora Chiaraviglio-Giolitti ai cui sentimenti di filantropia e di umanità devesi la istituzione della benefica scuola; ed augurò che in ogni grande Brefotrofio ne sorga presto una simile allo scopo anche di creare un personale femminile adatto alla assistenza dei piccoli esposti. M.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

I dolori addominali.

H. Jackson (*The Boston Medical and Surgical Journal*, 1917, n. 1) raggruppa le cause dei dolori addominali nelle seguenti categorie:

1° spasmo di organi interni, di cui è una forma la colica epatica;

2° dolori di origine nervosa, come le crisi gastriche nella tabe;

3° alterazioni patologiche dei varî organi addominali (ulceri dello stomaco, dell'intestino, volvulo, ecc.);

4° dolori riferiti (dolori addominali nella pulmonite);

5° dolori determinati da processi infiammatori dei vari organi addominali.

La diagnosi della causa dei dolori addominali può essere fatta in base alla loro sede ed ai loro caratteri, nonchè agli altri sintomi che sogliono accompagnarli, come i fenomeni spastici, la febbre, il vomito, le modificazioni del polso, il reperto ematologico ed urologico, l'esito delle punture esplorative, ecc.

1. *Spasmo di organi interni.*

a) *Coliche intestinali.* — La causa abituale di questi disturbi è costituita dalla ingestione di sostanze indigeribili o di una eccessiva quantità di cibi. Questi dolori sono talora accompagnati da vomito e spesso, e questo costituisce un importante carattere differenziale, cessano con la pressione sulla parete addominale. Nei casi di costipazione di lunga durata la presenza di masse fecali può simulare la esistenza di un tumore, ma la somministrazione di un generoso purgante eliminerà ogni dubbio al riguardo. Oltre le purghe si darà oppio ed eventualmente piccole dosi di belladonna.

b) *Coliche epatiche.* — Queste hanno un inizio improvviso, spesso precedute da indigestioni e da piccoli attacchi di dolori addominali meno gravi. Non c'è febbre, ed anche quando manca l'itterizia, il polso è normale o lento. Il dolore può essere intenso, localizzato nella parte superiore dell'addome ed irradiantesi al dorso. Spesso cessa improvvisamente così come è comparso. Un segno della causa del dolore è dato dal fatto che dopo due o tre giorni compare una leggera itterizia. La morfina costituisce il trattamento d'urgenza. Se dopo qualche giorno compare la febbre ed una dolenzia diffusa nella regione della cistifellea bisogna pensare alla colecistite.

c) *Coliche renali.* In queste forme come nelle coliche epatiche la comparsa del dolore è improvvisa: esso si irradia verso gli inguini e spesso anche al pene. Il polso in genere è più frequente che nelle coliche epatiche. Anche gli ureteri sono dolenti alla pressione, e quando è colpito solo il destro è facile scambiare la calcolosi renale con l'appendicite. Il dolore assume un carattere intermittente più facilmente che nella colica epatica. La diagnosi è confermata dalla presenza di corpuscoli rossi nelle urine. Il trattamento consiste nella somministrazione di morfina e di abbondanti quantità di acque alcaline.

d) *Avvelenamenti da ptomaine.* — In queste forme si hanno dolori addominali molto intensi, vomito, collasso, sudori freddi, polso frequente.

2. *Dolori di origine nervosa.* — Sono le così dette crisi gastriche che si hanno nella tabe. Si tratta di dolori addominali molto acuti accompagnati da vomito. La confusione con dolori di altra origine può essere eliminata per l'assenza della febbre e per la presenza dei sintomi caratteristici dell'atassia locomotrice. Oltre le crisi gastriche della tabe appartengono a questo gruppo i dolori dati dall'infiammazione acuta dei nervi lombari e delle loro radici.

3. *Lesioni patologiche di varî organi interni.* — E' questo il gruppo dei dolori che più facilmente può condurre ad errori di diagnosi. Il dolore in questi casi non è provocato da un processo infiammatorio ma da un fattore meccanico. L'inizio è improvviso, il dolore intenso, il polso frequente: un buon criterio diagnostico è l'assenza di febbre e di leucocitosi. Ad ogni modo la diagnosi differenziale è spesso impossibile, ma fortunatamente il trattamento, la laparatomia, è lo stesso. Quindi il punto più importante è quello di riconoscere che si ha da fare con una lesione organica dei visceri addominali e non con una grave crisi dolorosa dovuta a semplice spasmo. Per la eventuale distinzione bisogna però prendere in considerazione due malattie: la porpora emorragica e la nefrite acuta. Ci sono dei casi di porpora emorragica con imponenti sintomi addominali dovuti evidentemente alla presenza di chiazze di porpora sulla parete intestinale. La diagnosi in questi casi mentre è ancora resa più dubbia dall'ematemesi, può essere chiarita dalla presenza delle caratteristiche lesioni agli arti e dalla presenza di sangue nell'urina. Anche nella nefrite acuta i dolori addominali possono assumere un'intensità impressionante, ma qui la presenza di albumina, di sangue e di cilindri nell'urina elimina ogni confusione.

4. *Dolori riferiti.* — È questo un gruppo di dolori che può determinare i più pericolosi errori diagnostici. Si tratta di dolori addominali provocati da processi morbosi localizzati in organi che si trovano fuori della cavità dell'addome. Il caso più tipico è dato dalla pulmonite, che può determinare dolori che per localizzazione e carattere sono molto simili a quelli che ordinariamente dà l'appendicite.

5. *Dolori inflammatori.* — Sono questi i dolori determinati dalle comuni infiammazioni degli organi addominali, come l'appendicite, le salpingiti, gli ascessi delle parti basse dell'addome, ecc. La diagnosi di questi dolori oltre che in base al reperto sintomatologico generale si fa in base alla loro sede ed ai sintomi concomitanti locali. DR.

Sopra una causa di dolori alla spalla.

Besner (*Journ. de méd. et chir. prat.* e *Med. Record,* 7 aprile) ha notato che i dolori alla spalla sono frequenti negli individui che leggono a letto.

È abitudine di questi individui di tenere la testa poggiata alla mano destra, sostenendo il libro con la sinistra; quindi la spalla destra ed il braccio sinistro sono esposti al freddo. Ne risultano dei dolori più o meno forti, che si esacerbano con i movimenti e sono avvertiti lungo il decorso del plesso brachiale, il triangolo soprascapolare e l'inserzione inferiore del deltoide; si diffondono talora anche lungo i nervi del braccio. Vi sono due punti sensibili, l'uno sul plesso brachiale, l'altro all'inserzione inferiore del deltoide. In qualche caso ne risulta un'atrofia.

L'affezione è affatto analoga all'infiammazione dell'articolazione scapolo-omerale e vi sono gli stessi disturbi funzionali.

Il dolore cessa, rinunciando alla cattiva abitudine o proteggendo la spalla dal freddo. Come trattamento sono da consigliarsi le applicazioni del caldo secco, le frizioni con olio di Wintergreen ed il massaggio. *i. p.*

TERAPIA.

L'importanza clinica del passaggio d'alcool attraverso la glandola mammaria.

Vari trattatisti dell'alcoolismo e delle convulsioni infantili hanno affermato in modo generico il passaggio d'alcool nel latte attraverso la glandola mammaria ed inoltre il pericolo che esso rappresenterebbe per la salute del lattante al seno.

Fino dal 1878 Baer riteneva che l'alcool fosse stato trovato «in vari secreti fisiologici ad es. nella bile e nel latte» ma non dava alcun riferimento giustificativo a quest'ultima asserzione. Malgrado ciò passava senz'altro a sostenere che l'alcool eliminato col latte «provoca spesso nel lattante tendenza al sonno, oppure dà origine ad irrequietezza, convulsioni e può disporre ad altri disturbi nervosi».

La medesima etiologia fu considerata verosimile dal Morel nel suo trattato delle malattie mentali. Ferral e Vidal condividono tale opinione ammettendo il passaggio dell'alcool attraverso le glandole in genere ed anche attreverso la mammella.

Il Lanceraux accenna a nutrici che ingeriscono bevande alcooliche «senza considerare il danno che possono recare al lattante e secondo il Descroizilles l'eclampsia del lattante è talora cagionata da modificazioni del latte della balia dovute ad emozioni violente, ad eccessi venerei od alcoolici.

A sostegno di simili affermazioni si trovano osservazioni cliniche interessanti, ma non sempre concludenti. Vernay in un bambino nato prematuro all'ottavo mese notò, nel secondo mese di età, la comparsa di iperestesia generale e di accessi convulsivi tonico-clonici fino alla frequenza di tre all'ora. La nutrice soleva bere ogni giorno da 6 a 8 bicchieri di vino. Sospesa l'alimentazione con questo latte, il bambino seguitò a presentare attacchi convulsivi ancora per 5 giorni, dopo i quali guarì.

Toulouse descrive il caso di una bambina figlia di genitori dediti al vino ed all'assenzio che all'età di un mese cominciò a presentare vomito dopo l'assunzione del latte materno, poi convulsioni e finalmente diarrea e deperimento.

Recentemente vari autori quali il Rosemann, il Nicoloux ed altri ripresero a studiare la questione con esperimenti eseguiti su animali (mucche, pecore, cagne), venendo a risultati opposti riguardo alla spiegazione dei fatti clinici surriferiti, pure avendo constatato tutti, con metodi diversi, il passaggio di piccole quantità di alcool nel latte.

Frontali della Clinica dei bambini di Firenze, diretta dal Combà, ha studiato l'argomento in questi ultimi tempi, allo scopo di chiarire l'importanza clinica dell'eliminazione etilica attraverso la glandola mammaria. Egli riferisce le sue esperienze nella *Rivista di Clinica ped.*, esperienze eseguite sopra nutrici e sopra lattanti oltre che sulla capra e viene alle seguenti conclusioni:

1° L'alcool ingerito passa nel latte tanto della donna quanto della capra.

2° La curva di eliminazione è simile tanto nella donna che nella capra.

3° L'eliminazione etilica è apprezzabile 5-15 minuti dopo l'ingestione, raggiunge il suo massimo dopo 1½-5 ore, quindi descresce per ridursi a zero dopo 5-26 ore.

4° La durata dell'eliminazione aumenta in proporzione diretta con la quantità dell'alcool ingerito.

5° La concentrazione massima dell'alcool nel latte aumenta in proporzione più che aritmetica in seguito ad ingestione di 1, 2, 3 e 4 cmc. d'alcool assoluto per kg. di animale.

6° La quantità della secrezione lattea decresce con l'aumentare della concentrazione etilica in essa contenuta.

7° La somministrazione di 2 cmc. di alcool al giorno a lattanti sani (di 2 settimane) ed a lattanti spasmofilici (per 9-11 giorni) non ha dato fenomeni degni di nota.

G.

NOTE DI MEDICINA SOCIALE.

Come si possono ridurre del 30 % le spese in materiale di medicatura.

Débat, nel *Paris Médicale*, n. 21, 1917, suggerisce un mezzo assai semplice da lui esperimentato in un centro dermatologico. Da tre mesi ha sostituito il materiale di medicatura abitualmente utilizzato: compresse di garza, striscie di tarlatana, cotone, ecc., con quadrati e bende di tela tagliate nei vecchi lenzuoli fuori uso. Eccone il vantaggio: la garza, la tarlatana, il cotone costano molto e non possono essere utilizzati che una sola volta. La tela usata non costa nulla e dopo sterilizzazione e lavaggio può essere riutilizzata a lungo. Nel servizio di Débat, che comprende 180 letti e nel quale le medicature debbono essere rinnovate quasi giornalmente, la spesa mensile in medicature si elevava a 1400 lire. Dopo la sua innovazione essa è discesa a 80 lire: si è avuta cioè una riduzione di più del 90 %, realizzante una economia annuale di più di 15,000 lire.

Le lenzuola fuori uso sono date in dono da particolari, o dall'Ospedale militare. Queste sono tagliate in pezzi di tre dimensioni, destinati alle lesioni più o meno estese ed in striscie di 10 cm .di larghezza su 3 m. di lunghezza. Si confezionano anche colla stessa tela delle cuffie per le ferite del cuoio capelluto, dai guanti-sacco per le ferite delle mani, dei calzerotti per le ferite dei piedi.

I quadrati di tela sostituiscono la garza ed il cotone per le diverse medicature secche, umide e grasse. Le striscie, le cuffie, i guanti mantengono le medicature. Dopo l'uso tutto questo materiale è sterilizzato colla ebollizione, imbucatato con cura e posto di nuovo in servizio. Tutte queste operazioni sono fatte in ospedale dagli stessi infermieri in una piccola lavanderia.

Dopo un esperimento di 3 mesi l'A. afferma che questa modificazione non offre alcun inconveniente per il trattamento delle ferite superficiali e delle dermatosi. Il lavoro degli infermieri inoltre è facilitato, le medicature essendo più facili e più rapide con questo metodo.

P. C.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(867). *Bacilli tubercolari nei latticini freschi.* — Al dott. N. B. da R.:

Il pericolo inerente al contenuto di bacilli tubercolari nei latticini freschi è tutt'altro che ipotetico.

A titolo di esempio, Anjeszky (*Cbl. f. Bakt., Or.*, vol. 31, 1902) ha trovato i bacilli tubercolari virulenti nel 17,6% dei burri del mercato di Budapest, e Obermüller (*Hg. Rundschau*, 1895, n. 19) nel 38% dei latti del mercato di Berlino.

Si tratta, è vero, di bacilli del tipo bovino; ma, contrariamente all'assunto di Koch, è ormai accertato che questi germi si trasmettono all'uomo. Basti richiamare le ricerche compiute dalla Commissione Britannica sulla tubercolosi e quelle condotte nei nostri Laboratori scientifici della Sanità.

La tubercolosi prodotta da questi germi bovini non si differenzia affatto, clinicamente, da quella dovuta ai germi di tipo umano. E' sovratutto frequente tra i bambini, in forma di tabe maseraica e di meningite tubercolare, ma non risparmia gli adulti: per es. Wang (*Edinburg Med. Journal*, marzo 1917) a Edimburgo l'ha trovata nel 78 % dei casi sotto i 5 anni e nell'8 % circa oltre i 16 anni.

Alcuni ascrivono siffatto decremento, correlativo al crescere dell'età dei colpiti, ed una refrattarietà degli adulti (Gosio e collaboratori, vol. III, 1915); altri invece fanno intervenire il minor consumo di latte e di latticini freschi da parte degli adulti (Ravenel, *Archives of Pediatrics*, febbraio 1917).

Ci siamo chiesti anche noi più volte perchè non vengano imposte misure profilattiche adeguate.

Per noi non è dubbio che, sovratutto nei bambini, converrebbe di sopprimere l'uso di latte e di latticini freschi, se non sono assoggettati prima ad una temperatura idonea (60-70° C.), a meno che questi prodotti siano di provenienza non sospetta (per es. forniti da latterie modello, rarissime tra noi).

L. V.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

La cura del cuore.

Prof. F. MARIANI.

Volume di pag. 260. Fr.lli Treves, editori, Milano. - Prezzo Lire 8 (*).

E' questo un titolo del nuovo libro pubblicato dal prof. F. Mariani, il valoroso cardiologo, direttore della nostra rivista *Le malattie del cuore*.

Il nome dell'autore e il suo passato scientifico, tutto dedicato agli studi clinici, rappresentavano già una garanzia per l'indole scientifica e pratica di questo libro, dedicato ai medici e agli stessi malati di cuore.

Il Mariani ha voluto raccogliere in queste pagine, tutto quello che la moderna cardiologia ha saputo e potuto accertare in questi ultimi anni, secondo i nuovi studi e i moderni criteri, che hanno scosso così profondamente l'antico dottrinale cardiologico.

Così il capitolo sulla prognosi delle cardiopatie, serve di guida al medico per non essere sempre così pessimista di fronte ad un malato di cuore, suggerendo i criteri critici e dimostrativi, per orientarsi sulla prognosi.

Segue il capitolo sulla evoluzione delle cardiopatie, studiando le cardiopatie congenite, quelle dell'infanzia, dell'adolescenza, dell'età matura e dei vecchi.

Molto importante e di grande praticità, è il capitolo relativo alla funzionalità cardiaca, suggerendo tutti i mezzi che sono alla portata del medico, per giudicare il grado di funzionalità del cuore sano e del cuore ammalato.

L'autore passa poi allo studio pratico delle vere malattie di cuore, cominciando dai vizi valvolari, e considerando poi il cuore nei vari stati morbosi, come negli individui obesi, nei sifilitici, nei tubercolosi, nella gravidanza, nei diabetici, nei gottosi, nei vecchi, ecc.

Di specialissimo interesse è il capitolo riguardante le aritmie, e le nevrosi cardiache. L'autore ci fa passare con stile piano e con criteri pratici ed esposti con rara chiarezza, la così arruffata materia delle localizzazioni cardiache, studiando il fascio primitivo del cuore, le extrasistoli, le tachicardie, le bradicardie, le aritmie permanenti da fibrillazione auricolare, il polso alternante, il fenomeno della compressione dei bulbi oculari, corredando queste dottrine da tracciati molto dimostrativi, raccolti dallo stesso autore, o tratti dai classici moderni più reputati.

L'autore, dopo aver esposti così i principali disturbi del cuore malato, passa ad esaminare in qual modo si possa raggiungere la guarigione funzionale della cardiopatia.

E qui egli si rivolge non solo al medico, ma allo stesso malato, e suggerisce ciò che il malato *deve sapere*, per regolarsi nella sua vita abituale: quale il clima da preferire, viaggi, abitazione, pulizia, matrimonio, professione, ecc.

Entrando a parlare della cura, l'autore divide i cardiopatici in tre periodi, a seconda del grado di funzionalità del muscolo cardiaco. E all'antica divisione di *asistolici* ed *eusistolici*, egli divide i cardiopatici in: insufficienze cardiache assolute; insufficienze del muscolo cardiaco relative evidenti; insufficienza del muscolo cardiaco relative latenti.

In ciascun capitolo egli suggerisce le cure igieniche, la dieta, le applicazioni mediche, le applicazioni di terapia fisica.

L'autore dà un particolare sviluppo a queste applicazioni di terapia fisica, che lo stesso medico può insegnare a praticare ad una persona della famiglia del paziente, e che sono destinate progressivamente ad alleggerire il cuore stanco nella sua funzione, ad allenarlo, a rinforzarlo, a raccogliere e ad aumentare tutte le forze latenti, di cui può disporre il muscolo cardiaco.

Studia poi le complicanze più frequenti nelle cardiopatie e il modo di prevenirle e di curarle.

Finalmente si occupa dettagliatamente della dieta del cardiaco, non soltanto in modo astratto e teorico, ma dando un formulario completo dei diversi modi di confezionar le ministre, le verdure, le uova, il latte, la frutta, che rappresentano gli elementi più importanti e necessari per le varie diete di un cardiaco, a seconda del periodo in cui questi si trova.

Si tratta quindi di un libro molto pratico e rigorosamente scientifico, che si legge con piacere e con vivo interessamento, che non stanca e non affatica la mente, essendo scritto con quello stile facile e piano, che è abituale in questo autore, che appunto per queste doti ebbe tanta fortuna nei suoi compendi di *medicina interna* e di *terapia razionale*, di *semeiologia fisica e funzionale*, di *terapia moderna*, di *tecnica medica*, ecc., che ci hanno servito così utilmente quando eravamo studenti, e che poi divennero per noi anche più preziosi nella pratica medica.

Dott. P. CATTANEO.

(*) Gli associati al *Policlinico* e alla Rivista *Le malattie del cuore* possono ottenere questo interessante volume, quale premio semigratuito, per sole L. 5, inviando Cartolina-Vaglia esclusivamente al prof. Enrico Morelli, Via Sistina 14, *Roma*.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sulle Consulenze neuro-psichiatriche d'Armata.

Castel San Giovanni, 19-9-1917.

Egregio Sig. Direttore del Policlinico,

Leggo, qui in villeggiatura, il fasc. 38 del *Policlinico*, Sez. Pratica, e vi trovo a pag. 1170 un articolo, firmato *x. b.*, sulla «riforma delle Consulenze d'Armata». Il collega protesta (e avrà ragione di farlo) contro la soppressione della Consulenza oto-rino-laringoiatrica; ed io sono d'accordo con lui nel riconoscere che essa *doveva* essere conservata, trattandosi di una specialità medico-chirurgica oggi assai evoluta e per esercitare la quale occorre una competenza teorico-pratica non riscontrabile in tutti i medici.

Ma ciò non giustifica parecchie cose affermate dal detto collega a carico della Consulenza psichiatrica che, a quanto pare, egli per rappresaglia vorrebbe abolire, come abolita vuole la Consulenza dermatojatrica e la stomatojatrica! Tutto quanto egli scrive della Psichiatria è così errato, è così contrario alle condizioni presenti della medicina scientifica e clinica, mostra tale inesperienza in fatto di malattie mentali e nervose, massime di origine bellica, che mi stupisce vi abbia dato ospitalità un periodico medico cotanto autorevole e diffuso.

Comincia il collega *x. b.* a reclamare per la sua specialità i casi oggi frequentissimi di afonia, mutismo da emozione, ecc. e forse intenderà aggregarvi anche le afasie, che poi riconosce di natura psiconevrotica. Ora, tutte queste forme belliche non spettano affatto alla patologia della laringe e dell'orecchio, ma sono della purissima Psico-patologia, come tutti sanno e ammettono! Per quale ragione scientifica, propriamente parlando, codesti casi dovrebbero costituire materia di consulenza per l'otologo ed il laringologo, se non per sbagli di diagnosi?...

Parlando di Psichiatria, il sig. *x. b.* la riduce a due casi: — o si tratta di simulatori, o di vesanici, epilettici, deficienti, ecc. —; in ambedue i casi egli dice che la ospedalizzazione è necessaria, «magari fuori Zona», per un lungo periodo di osservazione. Ciò non corrisponde per nulla alla esperienza: nei centri dove operano i nostri consulenti di Armata, e quindi in Zona, tanto le simulazioni sono frequentemente scoperte con rapidità, quanto certe forme di psicosi acute, massime emozionali e commozionali, sono pure rapidamente diagnosticate, curate e giudicate. La ospedalizzazione, il rinvio ad Asili speciali, l'evacuazione dei casi lunghi o difficili non sono la sola incombenza dei consulenti psichiatri di Armata: si vede che *x. b.* ignora il funzionamento di queste Consulenze dovute alla sagacissima iniziativa dell'illustre Tamburini e dell'Ispettorato generale della S. M.

Anche sbagliato, anzi sbagliatissimo è il concetto che della ulteriore idoneità dei malati spettanti alla Consulenza psichiatrica ha *x. b.* Egli dice che «in ogni caso sono soldati militarmente inutilizzabili e in cui la cura è presso che negativa». Certo, sono da evacuare e da mandare in asili od ospedali di retrovia gli epilettici e i vesanici accertati, i deficienti confermati, ecc., ma non tutte le «vesanie» (per usare il termine stesso dell'articolista) sono croniche, inguaribili, durature: tutte poi sono curabili. Un buon numero di confusi o assenti viene restituito alla Zona di operazioni dopo pochi giorni di osservazione e di cura nei Reparti affidati ai Consulenti psichiatri di Armata; e mi sorprende che un medico ammetta che «le cure della psicosi sono presso che negative». Si vede che il collega oto-rino-laringojatra non sa niente sulla Psichiatria pratica, la quale *cura* benissimo e con risultati soddisfacenti, anche in Zona di guerra, le malattie mentali, come l'otologia cura le malattie di orecchio e la laringologia quelle della laringe. Dico «curare», perchè suppongo che il collega sarà abbastanza colto per non confondere *cura* con *guarigione*: in tal caso, lo pregherei di farmi vedere i suoi casi «guariti»!

Neanche corrisponde al vero quello che egli scrive sulle perizie psichiatriche in Zona di guerra.

I consulenti specialisti sono spesso chiamati a periziare individui che *debbono* essere giudicati dai Tribunali di zona, e adempiono con ciò un ufficio di loro competenza che non potrebbe essere affidato ad altri, tanto più che in molti casi la valutazione medico-legale non deve essere ritardata e rimessa alle giurisdizioni territoriali.

Finalmente se è vero che l'opera del neurologo in aiuto del chirurgo per interventi in casi cranio-cerebrali, o spino-midollari, o nervei periferici, si effettua specialmente fuori zona, nei grandi ospedali di retrovia, non è men vero che in alcuni casi, dove si richieda o dove sarebbe utile il rapido operare dei chirurghi sin dal primo momento in Zona di guerra, il consiglio del neurologo-psichiatra darà sempre risultati eccellenti.

Adunque, che ogni specialità medica e chirurgica tenda ad individuarsi e a farsi riconoscere per utile o, magari, per necessaria, sta bene. Ma la difesa dell'oto-rino-laringojatria poteva, *doveva* essere fatta con rispetto simpatico e solidale verso la Stomatojatria, verso la Psichiatria, verso la Neurologia. Nè l'«amarezza» per l'avvenuta abolizione di una Consulenza d'Armata giustifica la scarsa, ma incompetente valutazione sulla utilità delle altre!...

Prof. ENRICO MORSELLI.

A proposito di Consulenze d'Armata.

Il posto dell'oto-rino-laringologia.

Le idee espresse da *x. b.* nel fascicolo 38 sulle recente riforma delle Consulenze d'Armata, sono caldeggiate anche dal prof. Vincenzo Montenovesi, tenente colonnello medico e consulente chirurgo nella IV armata, in un articolo apparso nel *Messaggero* del 16 corrente.

L'autorità del nome e l'acume delle argomentazioni ci inducono a riferire in parte quanto dice l'insigne chirurgo:

«...In questo immane conflitto, l'oto-rino-laringoiatria ha trovato un enorme materiale di osservazione e di cura, sia per l'orecchio, sia per le vie respiratorie, che ha richiesto la istituzione nelle formazioni sanitarie di guerra di reparti speciali, affidati a medici militari scelti fra chi si occupava di questo ramo chirurgico, reparti che hanno dato un grande rendimento ed ottimi risultati.

A questo si aggiunga che l'otoiatra ha contribuito a mantenere salda la compagine combattiva dell'esercito, invigilando e denunziando le numerose forme sospette, sia di lesioni maliziosamente provocate, a carico specialmente dell'orecchio, sia di tutte quelle sordità e balbuzie simulate, che talora, se non sono represse a tempo, e con severità, si diffondono e si espandono come contagio epidemico nelle file delle truppe.

Se si somma a questo lavoro di profilassi e di revisione medico-legale, tutto il lavoro consueto di cura medica e chirurgica delle otiti croniche riacutizzate dalla vita di trincea e che hanno reso necessario gli interventi radicali sul temporale, per carie ossea estesa e con complicanze intracraniche; la cura delle ferite tanto frequenti e così disparate dei seni della faccia, o quella ardua e sovente della massima urgenza delle ferite trasfosse della laringe, si potrà agevolmente giudicare come l'opera che l'oto-rino-laringoiatra ha svolto in questa guerra sia stata di molteplice utilità.

Ho voluto, io chirurgo generale, accennare alle principali benemerenze di questo ramo delle scienze mediche, che ha soltanto circa 50 anni di vita ufficiale, perchè ancora non tutti ne sono consapevoli e persuasi. L'oto-rino-laringologia attraversa tuttavia il periodo infido — percorso all'inizio da tutte le specialità del sapere, come ci insegna la storia delle scienze — dell'indifferenza e della diffidenza, se non del malvolere dei misoneisti.

A suffragare quanto dico, ricorderò come volendo «riformare» l'istituto delle consulenze d'armata — chirurgica, oculistica, psichiatrica, stomatoiatrica, otoiatrica, dermatologica — proprio in questi giorni si sia giunti alla decisione per me certo non lodevole di sopprimere con un tratto di penna unicamente l'oto-rino-laringoiatrica.

Non intendo menomare nessuna delle altre specialità, nè istituire una classificazione dei loro valori, ma per quanto risulta dalla mia ormai lunga esperienza, posso affermare con sicura coscienza che l'importanza della consulenza oto-rino-laringoiatrica è molto superiore e di più vitale indicazione che non quella psichiatrica e dermatologica, poichè le cognizioni che deve avere ogni medico sull'una e sull'altra di queste specialità, che fanno parte integrante e obbligatoria dell'insegnamento clinico, sono più che sufficienti per giudicare in merito alla diagnosi e prendere su questi infermi le necessarie disposizioni per il loro trasferimento e somministrare le cure adeguate. Nel caso degli psicopatici, nei quali occorrono cognizioni e coltura più vasta in materia, non sarà certo possibile neppure al psichiatra con una visita di consulenza formulare subito una diagnosi, specie per quanto riguarda le simulazioni, e in questo caso varrà molto meglio trasferirli in quegli ospedali dove sono appositi reparti e dove lo specialista può a suo agio studiarli, onde prendere i provvedimenti del caso. Eppure si guardano bene dal risparmiare i consulti dello psichiatra, ma non vedono la necessità dell'oto-rino-laringoiatra, perchè vada in aiuto della maggioranza di coloro che di questa importante specialità difettano nelle cognizioni e nella tecnica».

Cronaca del movimento professionale.

NEGLI ORDINI DEI MEDICI.

Ancora sulla posizione politica dell'on. Brunelli. — Riportiamo alcuni ordini del giorno ai quali avevamo già accennato nei precedenti fascicoli:

«Il Consiglio amministrativo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Aquila dichiara di riconoscere ed apprezzare l'opera svolta dal Brunelli alla difesa ed al miglioramento della classe medica;

di non approvare l'atteggiamento e l'indirizzo politico da esso seguito nei riguardi dell'attuale guerra, atteggiamento ed indirizzo sommamente danneggevoli alla Patria, verso cui la classe si è votata col braccio, con la mente e col cuore, per puro sentimento di dovere e senza ostentazione di sacrificio; e considerando che le aspirazioni e le idealità di quasi tutti i medici dell'Abruzzo Aquilano sono in perfetto contrasto con quelle manifestate finora dall'on. Brunelli, delibera d'invitarlo, come infatti lo invita, a rassegnare al più presto le dimissioni da rappresentante degli Ordini nel Consiglio Superiore di Sanità e rendere così il dovuto omaggio alle buone norme di sincerità e di correttezza morale e politica».

«Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Bergamo, pur riconoscendo l'opera attiva ed efficace svolta dall'on. Brunelli nel Consiglio Superiore di Sanità, rilevando che il suo atteggiamento politico nell'attuale momento storico è in troppo stridente contrasto coi sentimenti della grandissima maggioranza dei medici bergamaschi, di fronte al conseguente disagio morale, è spiacente di dover ritenere incompatibile la posizione dell'on. Brunelli come rappresentante degli Ordini dei Medici nel Consiglio Superiore di Sanità».

«L'Assemblea generale ordinaria dell'Ordine dei Medici della Provincia di Ferrara, constatato che il rappresentante degli Ordini al Consiglio Sanitario Centrale è l'on. Brunelli, che ha una posizione politica in assoluto contrasto coll'opinione della grande maggioranza dei medici italiani nell'ora tragica che attraversiamo, lo invita a rassegnare le dimissioni non potendo più essere il legittimo rappresentante degli Ordini stessi».

Questo Ordine del giorno fu mandato per *referendum* agli assenti dall'adunanza ed ebbe tutte le adesioni, meno tre voti contrari.

«I medici dell'Ordine di Milano convocati in assemblea il 1° luglio 1917 riaffermano solennemente che i loro sentimenti di italianità li dividono in modo insanabile dalle idee e dalle direttive del dott. Brunelli ostinatamente chiuso nelle formule di quel partito politico che l'Italia in armi contro il secolare nemico ed il magnifico sacrificio dei fratelli combattenti non valsero a commuovere e volgere verso il fine supremo della vittoria della Patria, idee e direttive che troppo ostentatamente professate dagli attuali dirigenti dell'Ordine di Milano costituiscono un vero e proprio pericolo per la Patria.

Pertanto i medici dell'Ordine di Milano ritengono l'influenza degli attuali dirigenti esiziale agli interessi della nazione in armi e riaffermano alto il proposito di contribuire senza di loro e contro di loro con ogni sforzo morale e materiale al trionfo dei più grandi ideali di umanità e giustizia, con rinnovata fede nei più alti destini dell'Italia nostra».

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Sassari:

«Considerato che il dott. Brunelli, quale rappresentante degli Ordini presso il Consiglio Superiore di Sanità, non può avere in questo Alto consesso che un significato antipatriottico;

considerato che ciò arrecherebbe danno morale e materiale alla Classe che rappresenta;

dichiara incompatibile la carica affidatagli dagli Ordini dei Medici col suo voto politico, pur essendo esso l'espressione sincera della sua fede».

«Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Udine riconoscendo che il sentimento dell'unità della Patria è superiore a qualsiasi altro e *non discutibile;*

deplora che l'on. dott. Umberto Brunelli mantenga ancora il suo mandato di rappresentante degli Ordini nel Consiglio Superiore di Sanità».

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Perugia ha interpellato i soci, per mezzo di *referendum,* sulla questione Brunelli. Su 300 iscritti circa si raccolsero 94 voti, dei quali 58 favorevoli all'O. d. G. già votato dal Consiglio (vedi fasc. 29, p. 920), cioè per la insindacabilità dell'azione politica dell'on. Brunelli, 31 contrari e 5 schede nulle.

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

Riporto come dal fasc. 29	L.	924.57
Dott. Porsenna Alemagni Pimpinelli da Massa Martana	»	10.—
Dott. Francesco Ippoliti da Bagnorea	»	15.—
Dott. Armando Lenzi da Torino	»	25.—
A mezzo del dott. Guido Simoncelli, raccolte nell'Ospedale militare di Tobruk:		
Cap. Med. Raffone dott. Alfonso	»	10.—
Ten. Med. Mastrangelo Camillo	»	10.—
Ten. Med. Centrone Antonio	»	10.—
Totale	L.	1004.57

che è stato da noi rimesso alla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Sanitari del Regno mediante Vaglia della Banca d'Italia, n. 0,259,045, che insieme alla somma versata precedentemente formano in totale L. 4,202.77.

N. B. — Per norma di coloro che volessero ancora contribuire alla Sottoscrizione avvertiamo che la stessa resta tuttavia aperta e che le offerte possono essere inviate alla nostra Amministrazione.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7001) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. G. da P. — Esercitando due condotte: l'una, in cui è titolare e l'altra in cui è provvisorio, può invocare in suo favore il capoverso secondo del D. L. 26 luglio, n. 1181, in base al quale colui che presta servizio presso più enti pubblici locali ha diritto alla indennità caro-viveri con ripartizione del relativo onere a carico degli enti presso cui presta servizio in proporzione del relativo stipendio. Che le due condotte dipendono dal medesimo Comune non monta. Riteniamo quindi, che Ella abbia diritto alla indennità caro-viveri, come se prestasse servizio in due Comuni diversi.

(7002) *Tassa focatico.* — Dott. D. S. da F. — Anche coloro che non sono nati nè domiciliati nel Comune ma hanno in esso semplice residenza sono tenuti al pagamento della tassa focatico.

(7003) *Pensione.* — Dott. G. M. M. 5863. — Con 63 anni di età e 36 di servizio liquiderà l'annua pensione di lire 2599.

(7004) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. A. da F. — Percependo Ella stipendio superiore alle lire 4500 non ha diritto alla indennità caro-viveri stabilita dal D. L. del 26 luglio p. p. n. 1181.

(7005) *Annuale congedo del medico condotto.* — Dott. G. D. da R. E. — Nelle attuali condizioni del personale sanitario, non può ritenersi illegale l'operato del Comune che riduce di quindici giorni l'annuale congedo del medico condotto.

(7006) *Pensioni.* — Dott. P. F. da P. di B. — Avendo di sei mesi ed un giorno oltrepassata la età di anni 63, la pensione Le sarà liquidata in base a 33 anni di servizio ed a 64 di età. Il maggior contributo versato nei primi quattro anni dalla istituzione della Cassa non è considerato come versamento volontario e non è, pertanto, ripetibile alla cessazione del servizio. Esso viene, invece, calcolato nella liquidazione della pensione, aumentandone il normale ammontare. Senza il detto contributo Ella, con le suesposte condizioni di età e di servizio, avrebbe liquidata la somma lorda di lire 2299. Tenendo calcolo del maggior contributo riceverà, invece, la somma lorda di lire 2335.80. Sulla pensione lorda grava la R. M. in ragione dell'8.625 % più la ritenuta stabilita dall'articolo 12 del Testo unico in ragione del 3 %.

(7007) *Pensioni - Indennità.* — Dott. B. D. F. da S. B. — Se Ella si è inscritto alla Cassa di Previdenza prima della promulgazione della legge 2 dicembre 1909, n. 744, potrà ottenere l'indennità, cui aspira, perchè in tal caso sono computati i dodici anni di servizio prestati prima del 1899. Se non si potesse tener conto di tali anni, non si troverebbe in condizione di poter ottenere qualsiasi indennità perchè avrebbe sino ad oggi prestati solo 7 anni di servizio e non 10, che è il termine minimo all'uopo richiesto dallo articolo 18 del Testo unico. Per ottenere il pagamento della indennità dovrà essere inoltrata analoga domanda all'Ufficio sanitario provinciale, allegando alla medesima i seguenti documenti: 1° Atto di nascita. 2° L'originale laurea. 3° Lo stato di servizio. 4° Gli atti di nomina di aspettativa, di licenziamento ecc. ecc. 5° Un certificato del sindaco comprovante i periodi di prestazione del servizio, con a tergo l'elenco degli stipendii annui percepiti. 6° Un certificato medico rilasciato a spesa dello interessato, su richiesta dell'ufficio sanitario provinciale, in seguito a visita collegiale presieduta dal medico provinciale con l'intervento di due medici militari in attività di servizio.

(7008) *Indennità caro-viveri* — Sig. Dott. abbonato 625. — Se la Congregazione di Carità nella deliberazione con cui accordava la indennità caro-viveri ha parlato in genere di *impiegati*, non v'ha dubbio che Le competa, non potendosi in Lei disconoscere la qualità di impiegato in forza dello statuto organico approvato con D. R. del 1° luglio 1880. Che se poi la predetta Opera Pia ha espressamente dichiarato che la indennità era concessa ai soli impiegati amministrativi o di segreteria non può nulla legalmente pretendere in base al D. L. del 26 luglio ultimo, n. 1181, che è applicabile solamente agli impiegati dipendenti dai Comuni e dalle Provincie.

(7009) *Pensioni - Versamenti volontarii.* — Dott. G. C. da S. L. a M. — Con 25 anni di servizio e 52 di età si liquida la pensione di annue lire 841. Tale pensione si eleva ad annue L. 1186.60 per effetto dei versamenti volontarii che Ella intende eseguire per dieci anni nella misura di lire 400 annue. Anche il versamento volontario è fatto allo esattore.

(7010) *Pagamento di stipendi arretrati.* — Dott. N. L. da C. — Non è il tesoriere, ma bensì l'esattore comunale obbligato ad anticipare le somme necessarie per il pagamento dello stipendio del medico condotto. A costui Ella si rivolga. Qualora si rifiuti, si faccia esporre per iscritto la ragione giustificativa della sua opposizione. A seguito di che, potrà procedere al sequestro conservativo delle rendite patrimoniali del Comune onde impedire che esse sieno integralmente trattenute dal tesoriere a diffalco del credito che egli vanta verso l'amministrazione municipale.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — Al. dott. F. L., Zona di guerra:

Trattasi evidentemente di ritardo dovuto agli uffici del Comitato Centrale della Croce Rossa.

Infatti tutti i tenenti medici della Croce Rossa hanno ormai *pieno diritto alla promozione a capitano* fino all'anzianità del 30 aprile 1916.

Ritengo dato ciò che la promozione non possa ritardare.

Al dott. L. D. V., Zona di guerra:

Essendo di 3ª categoria egli appartiene alla M. T., quindi può fare domanda seguendo la via gerarchica.

In quanto al passaggio in fanteria finora non c'è nulla, però non è escluso che data la pletora di farmacisti si addivenga a tale provvedimento.

All'abb. 4282:

La visita dei *riformati* non riguarda *gli ufficiali* ma i *militari di truppa.*

Al dott. S. D. A. da B.:

Appartenendo alla classe del 72 è escluso dalla chiamata dei riformati, perchè, anche pei medici, è inteso come limite massimo di età per la rivisita la classe del 74.

Al dott. G. M. da P.:

Anche date le sue condizioni di arruolamento, per una suprema necessità di servizio, può venir inviato in zona di guerra, finchè tale necessità duri.

Circa la disillusione provata, vedendo che in zona di guerra non veniva utilizzata l'opera sua, è agevole comprendere che le Direzioni di Sanità responsabili trattengono i chirurgi che hanno avuto in più, fino a che ci possa essere una *qualsiasi eventualità* di averne bisogno.

Se quindi il collega non ha avuto da S. E. il generale Cadorna comunicazione che le operazioni sono finite, deve rassegnarsi ad attendere, rimanendo allo stato chirurgico potenziale e non attuale.

All'abb. n. 2352:

L'avvicendamento si fa tra zona di guerra e zona territoriale e non fra le città ed i paesi del territorio del corpo di armata.

Circa la concessione di far servizio al proprio paese anzichè altrove solo il Direttore di sanità, se crede, può dargliela.

Al dott. A. G., Zona di guerra:

Se il medico militare sostituente non percepisce nessuno stipendio di scavalco, sarebbe logico che spettasse al collega la differenza tra lo stipendio che percepisce e la somma dei due stipendii che retribuivano il complesso dei servizi da lui prima prestati.

Per i due primi mesi di servizio gli spetta lo stipendio militare più quello civile; e lo stipendio di sottotenente deve essere rimborsato dall'amministrazione.

Non ha bisogno di fare speciale optazione per uno piuttosto che per l'altro stipendio, spettandogli per legge lo stipendio maggiore.

Se il Comune non fa il proprio dovere di pagargli quanto deve, il collega può liberamente citarlo, come fa qualsiasi creditore se il debitore non assolve il proprio debito.

All'abb. n. 3885:

Se è in Zona di guerra può essere proposto per la promozione ai sensi dell'art. 3 della C. 752 del G. M. 1916, purchè si trovi entro i limiti di anzianità del 30 aprile 1916.

All'abb. n. 1994:

Se fatto abile, sarà trasferito in prima categoria, e la Croce Rossa potrà riprenderlo al proprio servizio.

Ritengo questa la soluzione più conveniente pel collega perchè il fatto di essere capitano della Croce Rossa non darebbe un sicuro affidamento di ottenere eguale grado nella sanità. Occorrerebbe in ogni modo correr l'alea di far domanda, presentare i titoli ed attendere il giudizio della Commissione.

M. G.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. comm. Alfonso Neuschüler, il valoroso e reputato oculista di cui i nostri lettori hanno potuto apprezzare il sapere e l'ingegno nel «Manuale» redatto per il «Policlinico», promotore degli studi di tiflologia e dell'assistenza ai ciechi in Italia, è stato nominato consulente oculista di armata.

All'insigne clinico facciamo i nostri rallegramenti cordiali per l'alto incarico affidatogli dall'Autorità militare.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valor militare per la campagna di guerra 1915-1917.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Mazzella Antonio, da Procida (Napoli), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Durante il combattimento, disimpegnò il suo servizio in modo esemplare, recandosi in persona sui punti più scoperti e battuti dal fuoco nemico, infondendo attività nel servizio di raccolta, medicazione e sgombro dei feriti, e fornendo costante esempio di serena intrepidezza e premuroso interessamento per la salvezza dei feriti. — Monte Mrzlivrh, 28 novembre 1915.

Uggeri Francesco, da Cremona, aspirante ufficiale medico complemento reggimento fanteria. — Nel posto di medicazione avanzato, sebbene esposto al fuoco dell'avversario, incurante del pericolo, si adoperava con grande coraggio e serenità per raccogliere i numerosi feriti. — Trincee di Castelnuovo, 6 novembre-14 dicembre 1915.

Vecchione Filippo, da Napoli, sottotenente medico milizia territoriale reggimento fanteria. — Con contegno energico e noncurante del pericolo si spinse, più volte, in zone intensamente battute dal fuoco nemico per prestare le sue cure ai feriti, dimostrando qualità professionali e militari altamente encomiabili. In un combattimento precedente, leggermente ferito, continuava nelle sue mansioni. — Oslavia, 27 novembre 1915.

Ricompense al valor militare per la campagna di guerra in Libia.

ENCOMIO SOLENNE.

Barone Giovanni, da Modica (Siracusa), sottotenente medico complemento 7° reggimento bersaglieri. — Per il lodevole contegno tenuto nel curare i feriti durante il combattimento. — Sidi Ulid, 21 maggio, e Sidi Bargub, 17 giugno 1915.

CONDOTTE E CONCORSI.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Per la repressione della pornografia.

Il ministro dell'Interno, on. Orlando, ha diretto ai Prefetti del Regno la seguente circolare:

«Il progetto di legge per la repressione della pornografia, già approvato dal Senato del Regno, trovasi ora in esame presso la Camera dei deputati, sicchè è da confidare che fra non molto abbia a divenire legge dello Stato. Ciò non potrebbe aver luogo in momento più propizio di questo, in cui più che mai si appalesa la necessità di promuovere in tutto il paese la graduale elevazione di ogni feconda energia di bene e la pronta e severa repressione di qualsiasi attività disgregatrice e corruttrice. Il progetto in parola, il quale come è noto trae origine dall'impegno assunto da tutti gli Stati aderenti alla Conferenza internazionale di Parigi del 1910, fra i quali è l'Italia, di uniformare la legislazione rispettiva ai princìpî fissati nella Conferenza medesima, amplia notevolmente, in confronto alle norme vigenti, i poteri della pubblica autorità nella lotta conro il turpe commercio delle pubblicazioni immorali e, in genere, del materiale osceno, dando modo di risalire alla fonte di siffatto traffico, di seguirlo nella sua vasta organizzazione e nel suo complesso svolgimento e di colpirlo efficacemente nelle sue molteplici manifestazioni. In attesa dell'approvazione del progetto ed a proficua preparazione dell'opera che dovrà dal pubblico potere essere svolta per tradurre in atto le nuove disposizioni, è intanto mio fermo intendimento che venga, con rinnovato ardore, ripresa la civile crociata contro il diffondersi della pornografia, in modo che, con la volenterosa cooperazione delle autorità, dei funzionari, e degli agenti di ogni grado, possa essere assicurata la rigorosa e continua applicazione delle norme in vigore, e con ciò stesso l'eliminazione di non pochi fra i maggiori inconvenienti che, non di rado con piena ragione, vengono, nel campo di cui trattasi, lamentati come perniciosi alla pubblica moralità. Con riferimento, pertanto, alle istruzioni già più volte particolareggiatamente impartite dal Ministero in argomento, rivolgo caldo appello ai signori prefetti, affinchè col loro personale interessamento, adeguato alla santità del compito, e in ottemperanza alle istruzioni suindicate, vogliano dare opera pronta ed energica ad organizzare nella rispettiva provincia, mediante tassativi ordini ai funzionari ed agenti dipendenti e con opportune intese con gli altri enti interessati, una severa e ininterrotta vigilanza, che valga a far constatare effettivamente al pubblico la efficacia dell'intervento della autorità e a fare sentire agli ignobili speculatori tutto il rigore delle attuali norme repressive. Non dubito che alla mia voce seguirà, in ogni Provincia del Regno, sotto la illuminata guida del Prefetto, un benefico coordinato risveglio di attività, da parte dei funzionari ed agenti tutti, nella lotta contro la pornografia, lotta che è parte così notevole — anzi pregiudiziale di quel complesso di provvedimenti in cui si esplica l'azione dello Stato per la salvaguardia e pel miglioramento del pubblico».

NOTIZIE DIVERSE

Congresso Nazionale di Medicina Interna.

Per l'annunciato Congresso di Medici che avrà luogo verso la fine di ottobre, nel quale saranno discussi i principali argomenti di patologia e di clinica pertinenti alla medicina militare, l'Ufficio di Presidenza della Società Italiana di Medicina interna sta svolgendo le pratiche opportune.

All'importante riunione prenderanno parte attiva molti medici in servizio militare, per cui la nobile iniziativa della Società, che annovera tra i proprî soci quanti sono studiosi di cose mediche nelle cliniche universitarie e nei grandi ospitali italiani, sarà certamente coronata dal migliore successo scientifico e pratico.

Molte comunicazioni di aderenti al Congresso sono già state annunciate alla Segreteria generale, che ha sede presso la Clinica Medica di Padova.

Il Comitato ordinatore sollecita specialmente quanti hanno avuto occasione di fare osservazioni personali sulla malaria dei combattenti, sugli itteri castrensi, sulla febbre di trincea, sulle nevrosi nella guerra attuale, sulla tubercolosi e sulle cardiopatie in rapporto al servizio militare, sulla porpora raumatica scorbutiforme nelle truppe, sui morbi renali nei soldati, di affrettarsi a mandare la propria adesione per poter prendere parte attiva ai lavori del Congresso.

Convegno Nazionale per l'assistenza agli invalidi di guerra.

Per il prossimo novembre è indetto a Milano un grande convegno nazionale per organizzare i soccorsi agli invalidi di guerra. Lo scopo di questa riunione, alla quale hanno dato la loro cordiale adesione le più cospicue personalità italiane, è quello di confortare dell'assistenza più amorosa quei nostri fratelli che ritornano sofferenti od indeboliti per sempre nelle loro facoltà lavorative, affinchè essi non abbiano a soffrire il tormento dell'inerzia o l'umiliazione della carità.

Il convegno estenderà i suoi lavori a tutto quanto concerne l'assistenza medica e sociale dell'invalido della guerra; avrà efficacia di una reale propaganda per l'opera di assistenza agli invalidi della guerra e varrà a diffondere e volgarizzare i suoi fini.

Alla presidenza d'onore del Comitato sono i ministri Leonardo Bianchi, Ubaldo Comandini, Gaetano Giardino e Vittorio Emanuele Orlando.

Il Comitato d'onore accoglie le maggiori illustrazioni della medicina e della politica.

Allo scopo di rendere maggiormente interessante ed utile il Convegno, è parso opportuno al Comitato organizzatore di indire contemporaneamente un Concorso di apparecchi di orientamento professionale, di protesi di lavoro e macchine-utensili per gli invalidi della guerra.

Il Convegno sarà diviso in cinque sezioni: I Storpi e mutilati; II Ciechi; III Nevropsicopatici; IV Invalidi per lesioni interne; V Invalidi per lesioni bucco-macullari. Alcuni temi saranno svolti a sezioni riunite. Si terrà anche una «Giornata radiologica».

Gli aderenti che desiderano fare delle Comunicazioni su argomenti di loro scelta dovranno inviarne il titolo al Segretario della relativa Sezione non oltre il 15 ottobre, ed un breve riassunto di esse colle conclusioni dovrà essere inviato non più tardi del 30 ottobre, onde possa venire stampato nel volume che sarà distribuito prima del Convegno a tutti gli aderenti. Dopo tale data nessuna comunicazione sarà più ricevuta.

La quota di adesione è di L. 10 per i privati, di L. 20 per gli Enti; il volume degli Atti importa la spesa supplettiva di L. 10, all'atto stesso dell'adesione, per i congressisti che lo richiedano.

Concorso per arti da lavoro pei mutilati.

Il Comitato Regionale di Mobilitazione Industriale per la Lombardia, in collaborazione con gli altri Comitati Regionali d'Italia e sotto gli auspici e con l'appoggio del Comitato Centrale, presso il Ministero Armi e Munizioni, bandisce un concorso per la ricerca di speciali arti artificiali di lavoro, o di dispositivi applicabili agli arti artificiali o alle macchine e utensili comuni, atti a facilitare l'impiego degli storpi e dei mutilati di guerra, e specialmente quelli di uno o due arti superiori, nelle lavorazioni meccaniche. L'ammontare dei premi è fissato in L. 20,000 così ripartite: primo premio L. 10.000, secondo L. 5000, terzo L. 2000, quarto L. 1000.

Con le residuali L. 2000, saranno compensati quei dispositivi che, pur non essendo stati giudicati di tale importanza da meritare il premio, verranno tuttavia ritenuti meritevoli di distinzione. L'assegnazione dei premi verrà fatta con voto inappellabile da apposita Giuria, nominata dal Comitato Centrale di Mobilitazione.

Per la disciplina dei consumi.

La «Federazione Nazionale fra le Associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica» ha approvato un O. d. G. in cui:

veduta, con vivo compiacimento, l'attività spiegata dai sanitari ai quali fu volto appello a scopo di propaganda per la limitazione dei consumi;

considerato che è opportuno intensificare l'azione di propaganda in campo più vasto, per rafforzare la organizzazione civile e la resistenza nazionale, svolgendo siffatta attività intorno ad opere di assistenza nelle sue varie forme verso le famiglie che risentono maggiori conseguenze dalla guerra, costituendo ove occorra comitati locali o partecipando attivamente ai Comitati esistenti e valendosi per quanto possa dipendere dagli Uffici centrali di Roma, della cooperazione della Federazione fra il personale di vigilanza igienica;

considerato che le conferenze e le altre manifestazioni, a scopo di propaganda, meglio e più efficacemente si possono svolgere in occasione di effettive ed efficaci opere di soccorso, invita i sanitari tutti ad uniformarsi a questi criteri adattando singole e concrete forme ed opere alle esigenze delle condizioni locali.

Ritenuto, infine, che la propaganda per la limitazione dei consumi possa essere svolta utilmente sia per disporre tutti i cittadini ad accettare le restrizioni che sono necessarie nell'attuale momento, sia per persuadere le classi abbienti a rinunzie e limitazioni alle quali son di ostacolo vieti pregiudizi e irragionevoli eccessi di consumo, invita i sanitari ad esplicare opera assidua di propaganda in tal senso e in questo campo.

Il servizio profilattico pei militari agricoltori.

Il Ministero della Guerra ha stabilito di adibire 50 aspiranti medici al servizio profilattico e sanitario delle squadre militari addette alle motoaratrici che con recente disposizione sono state destinate ai lavori agricoli delle zone del Mezzogiorno d'Italia. A questi aspiranti viene ora impartito, per cura della direzione generale di sanità militare, un corso d'istruzione sulla profilassi antimalarica, individuale e collettiva e sui principali soccorsi d'urgenza.

Propaganda antimalarica.

La Federazione fra i comitati Agricolo-Antimalarici di Benevento, Caserta, Eboli, S. Macro in Lanino, con sede in Portici presso la Stazione Agricolo-Antimalarica della R. Scuola Superiore di Agricoltura, va pubblicando una serie di Quadri dimostrativi per la propaganda antimalarica. Un plauso per l'utile iniziativa.

Scuola di Puericultura di Roma.

Questa scuola venne fondata allo scopo di insegnare praticamente alle giovani il modo di assistere il bambino sano e malato, per completare così l'istruzione ricevuta, sia nelle scuole elementari, sia in quelle superiori femminili.

La Scuola si iniziò molto modestamente nei locali del Brefotrofio, entro un padiglione Döcker, gentilmente concesso in uso dall'on. Calissano: vi si ricoverarono alcuni esposti, i quali furono affidati alle cure delle prime allive. L'insegnamento era integrato con lezioni teoriche settimanali.

In seguito la Scuola si è andata gradatamente sviluppando.

In dipendenza della Scuola si sono istituite: una *consultazione per poppanti* figli di madri povere; le *ispezioni presso le madri lattanti*, per dare a queste consigli igienici; un corso di insegnamento pratico alle ragazze delle classi più alte delle scuole elementari (*scuola delle piccole madri*); un *corso speciale per le maestre delle scuole rurali.*

La Scuola attualmente si compone di due padiglioni, nei quali sono accolti 24 bambini, dei quali 20 lattanti. La maggior parte sono esposti; alcuni legittimi, bisognosi di aiuto, attualmente per lo più figli di richiamati, i quali sono stati inviati al Brefotrofio dal Prefetto di Roma.

Dall'inizio della Scuola fino a tutto il 1916 sono stati assistiti nella scuola stessa complessivamente 309 bambini, dei quali 233 lattanti, e 76 divezzi. Tra i primi, 174 sono stati alimentati con allattamento naturale, e 59 con allattamento artificiale.

Nel 1° anno di insegnamento le allieve che hanno frequentato il corso sono state due, nel secondo sei, nel terzo 10, nel quarto 40, nel quinto dodici. La frequenza è quindi andata rapidamente aumentando, tranne che nel quinto anno (1915-16), nel quale si è avuto una diminuzione certamente provocata dalla guerra, la quale ha chiamato le giovani ad altre cure, ad altre assistenze.

Desumiamo questi dati dalla relazione del direttore prof. Flamini. Aggiungiamo che la Scuola è stata molto ammirata durante il recente congresso dei direttori ed amministratori di brefotrofi.

L'Istituto di puericoltura in Palermo,

il quale è diretto dal prof. Mazzola, ha provveduto durante il 1916 alle cure ed all'assistenza dei 500 bambini, figli di richiamati, dei ricreatori Garibaldi e Ruggiero Settimo; inoltre ha controllato il funzionamento della scuola all'aperto ed ha compiuto un'attiva propaganda igienica nelle famiglie degli alunni.

Per un Pedecomio a Napoli.

È stato presentato al Consiglio provinciale di Napoli il preventivo del progetto igienico-sanitario tecnicoeconomico per l'impianto e l'esercizio di un ospedale per trecento bambini, in dipendenza del R. Brefotrofio dell'Annunziata, sul suolo circostante al Mausoleo Schilizzi, nella collina di Posillipo. Il nuovo ospedale sarà costituito di dieci padiglioni.

Nel Brefotrofio di Milano.

Con apposita circolare il prof. Ernesto Grassi si era rivolto agli ufficiali sanitari della Provincia e alle levatrici di Milano, avvisandoli che la richiesta di lattanti da parte di balie di campagna è andata facendosi sempre più scarsa; quindi il numero di lattanti nell'Ospizio va aumentando raggiungendo il triplo del numero delle nutrici disponibili.

In base a ciò la Deputazione Provinciale di Milano ha deliberato che, di qui in avanti e finchè le cose non saranno mutate in meglio, le madri dei bambini illegittimi presentati per la prima volta e sempre che ne abbiano la capacità fisica, siano tenute ad allattarli, almeno pei primi sei mesi di vita: alla quale epoca, ove occorra, anche l'allattamento artificiale, fatto nell'Ospizio, può dare ottima prova.

Quindi non sono più accolti di illegittimi che quelli la cui madre è fisicamente incapace ad allattarlo: se lo allatta, tenendolo presso di sè per i primi 6 mesi riceve lire 24 al mese.

Anche quest'anno il prof. Grassi, che da tanti anni dirige il Brefotrofio, ha presentato alla Deputazione provinciale una accurata e dimostrativa Relazione, dalla quale emergono le benemerenze sociali dell'Istituto.

L'assistenza all'infanzia a Bologna durante la guerra.

Bologna si è occupata in modo encomiabile dell'assistenza dell'infanzia in questo periodo burrascoso della vita italiana, per opera specialmente dell'assessore prof. Longhena, il quale ha raccolto in un interessante fascicolo i dati più importanti del lavoro fatto dal luglio 1915 al settembre 1916 per quest'assistenza.

Gli asili da 14, pel disordine provocato nelle famiglie dallo scoppio della guerra, diventarono 30, accogliendo 1400 bambini dai tre ai sei anni, con una spesa di 50 mila lire.

E sorsero con felice intendimento pratico le colonie estive e i bagni sulla sabbiosa riva del Reno. I vantaggi sono stati notevolissimi.

Vittima del dovere.

Di un'infezione difterica contratta in un laboratorio dell'Egitto è morto, sulla torpediniera inglese *Sou-Tay*, sir Armand Ruffer, francese di nascita ma naturalizzato inglese, il cui nome è legato all'organizzazione sanitaria per la sorveglianza dei navigli e dei pellegrinaggi reduci dalla Mecca. Aveva 68 anni.

Il dott. BRUNO GALLOTTI unico figlio del dottor Emiliò, nato il 4 gennaio 1891, studiò a Pavia, dove conseguì la laurea in medicina; subito dopo scoppiata la nostra guerra, nel giugno 1915, ottenuto il grado di sottotenente; partì con entusiasmo pel Reggimento; dopo 10 mesi circa ottenne la promozione a tenente effettivo. Cadde da valoroso dopo 15 mesi di ininterrotto servizio al fronte trentino, il 20 settembre 1916. P.

In un ospedaletto da campo, nell'esercizio della sua nobile missione, è morto dopo brevissima malattia il tenente medico barone EUGENIO DE GIOVANNI DI SANTA SEVERINA, da Napoli.

Indice alfabetico per materie.

Alcool: passaggio attraverso la glandola mammaria . . . . Pag. 1222
Amministrazione sanitaria . . . . . . » 1230
Bacilli tubercolari nei latticini freschi . » 1223
Congresso Nazionale dei Brefotrofi . . » 1218
Consulenze d'armata . . . . » 1225
Dolori addominali . . . . » 1221
Dolori alla spalla: causa . . . . . . » 1222
Fratture di femore: terapia . . . . . » 1211
Infezione melitense: complicanza non frequente . . . . Pag. 1212
Malaria nell'Esercito . . . . » 1216
Medicature: come ridurre del 30 % le spese del materiale . . . . » 1223
Meningite cerebro-spinale epidemica: diagnosi batteriologica e sieroterapia » 1205
Orecchio: a proposito di simulazioni ed autolesioni . . . . » 1217
Tetano dichiarato: cure combinate . . » 1210

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, resp.
(28)

Anno XXIV. *Roma, 7 ottobre 1917* Fasc. 41

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Servizi sanitari: Servizi sanitari militari specializzati. — **Lavori originali**: A. Chiasserimi: L'ipotensione arteriosa nei feriti cavitari dell'addome. — **Rivendicazioni**: S. Belfanti, A. Ascoli: Nuovi studi sull'afta epizootica. — **Note e contributi**: G. Monti: Contributo allo studio dei medicamenti con fermenti lattici — **Medicina sociale**: O. Viana: Sulla riforma dei Brefotrofi — **Accademie, Società mediche, Congressi**: Società Medica di Parma. — Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti. **Appunti di medicina pratica**: CASISTICA E TERAPIA: Etiologia delle sindromi emorragiche infettive castrensi. — La sintomatologia delle paratifoidi. — L'urobilinuria nel tifo addominale — Svantaggi della dieta lattea nelle malattie febbrili. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.** — **Varia**: Per evitare gli avvelenamenti da sublimato. **Nella vita professionale**: In difesa delle scuole mediche castrensi. — In difesa degli studi medici. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

SERVIZI SANITARI.

Servizi sanitari militari specializzati.

Organizzare i servizi di assistenza sanitaria per gl'invalidi di guerra è stato un compito molto arduo, non solo in vista dell'ingente numero di colpiti, ma sopratutto per la grande varietà delle forme morbose alle quali si rendeva necessario di provvedere.

Questo compito, il quale importava difficoltà, contrattempi e sorprese, è stato assolto con alacrità e fermezza dall'Ufficio sanitario creato presso il Ministero della guerra ed ora elevato alla dignità di Direzione generale. L'operosità fattiva ed il valore dei suoi funzionari hanno fatto sorgere, di sana pianta, una densa rete di unità sanitarie *ad hoc*, che rispondono ad ogni esigenza; hanno disciplinato le istituzioni preesistenti; hanno coordinato il funzionamento dei varî organi che compongono il nuovo Servizio sanitario. Questo integra i soccorsi prestati in zona d'operazione e risponde ad intendimenti altamente sociali, dacchè accresce l'efficienza dei militari resi invalidi e che presto o tardi torneranno alla vita civile.

Non ancora il nuovo Servizio, di cui è stata dotata la Sanità militare, è noto ed apprezzato tra noi, a causa di un'eccessiva e forse malintesa modestia dei suoi dirigenti. Eppure importerebbe che se ne conoscessero almeno l'esistenza e, *grosso modo*, il funzionamento, per una più adeguata valutazione delle nostre virtù organizzatrici e per agevolare i rapporti tra medici militari e civili nell'assistenza agli invalidi. Ci è sembrato opportuno, quindi, di forzare il riserbo della Direzione sanitaria e di procurarci e prospettare alcune informazioni, siano pure d'indole generale e sommaria, su quanto è stato già fatto e su quanto è in corso di attuazione.

Siamo sicuri di compiere opera che riuscirà gradita ai lettori del *Policlinico.*

* * *

All'inizio della nostra guerra si può dire che non esistesse, nè forse era preordinato, nella zona territoriale, alcuno stabilimento sanitario militare specializzato in una piuttosto che nell'altra branca della scienza medica.

Prevaleva allora il concetto che ogni medico militare dovesse essere *bon à tout faire*, e forse in analogia a tale principio anche gli ospedali di riserva, che si venivano predisponendo in Italia, erano tutti indifferenziati ed uniformi, ed invano dalle Nazioni già impegnate nel conflitto ci giungevano il monito e l'esempio.

Più tardi, e la nostra guerra già da tempo era iniziata, il buon senso prevalse, e si ammise che, pur tenendo conto del fabbisogno generico dei posti-letto ospedalieri ordinarii che occorre tenere approntati per far fronte al continuo deflusso di feriti e di ammalati che l'esercito combattente invia in zona territoriale, fosse opportuno, per il migliore andamento del servizio, e perchè gl'infermi avessero cure più adeguate, che alcuni degli ospedali di riserva si specializzassero; o per lo meno, ove ciò non riuscisse possibile, che le cliniche delle varie specialità assumessero funzione ospedaliera militare.

Il secondo anno vide così sorgere una vera fioritura, quasi sempre spontanea, sempre però poco disciplinata, di istituzioni militari o militarizzate di ogni genere per le cure specializzate. La tendenza individualistica del medico, unita alle iniziative locali, spesso generose ma non sempre saggiamente dirette ed incanalate, faceva sì che, in qualsiasi punto del bel Paese si trovasse un professore specialista più o meno eminente, si pensasse subito a far sorgere un *centro specializzato militare.*

Il semplicismo e la schematicità delle disposizioni superiori non facevano, intanto, che esaltare tale tendenza. Ogni Corpo d'Armata territoriale avrebbe dovuto avere infatti il proprio *centro* ortopedico, il proprio *centro* neurologico, il proprio *centro* stomatoiatrico, ecc., ed è facile comprendere quale immensa larghezza di interpretazione e di esecuzione ne conseguisse.

Ed invero, mentre in alcune località, favorite per ubicazione e mezzi, per opera di insigni cultori della scienza sorgevano istituzioni militari veramente degne di servir di esempio a tutte le altre del genere, in altri luoghi, a prescindere da ogni buona volontà e competenza dei tecnici, mancavano assolutamente e mezzi e locali e ambiente scientifico adatto; mancava persino l'opportunità e la ragione logistica dell'impianto: e si avevano formazioni atrofiche ed inconcludenti, per quanto pomposamente drappeggiantisi nel titolo altisonante di *centro* che pareva presupporre chi sa quale *periferia!...* Nè la disposizione di approfittare delle cliniche come ambiente adatto per l'istituzione di detti ospedali speciali, poteva sempre esser seguita, non solo per lo scarso numero di posti-letto che le cliniche per solito posseggono, ma anche e sopratutto perchè non sempre in esse si trova tutto quell'insieme di personale, di mezzi e di servizii, che occorre perchè un ospedale militare vi possa ben funzionare. Troppo diversa è la ordinaria funzione delle cliniche, organizzate come sono per l'insegnamento, perchè vi trovino agevole svolgimento tutti i servizii di un *centro* specializzato militare.

Valga per tutti l'esempio delle cliniche psichiatriche, che si era in primo momento pensato di trasformare in altrettanti *centri neurologici militari*, non considerando come in una clinica psichiatrica, a parte la sua scarsissima efficienza in genere, non sia possibile trovare tutti gli apprestamenti necessari, compresi i chirurgici, per il normale funzionamento di un *centro neurologico* completo come va inteso, e come è stato attuato nei paesi alleati ed ora, fortunatamente, anche presso di noi.

Anche il collegamento degli ospedali speciali fra di loro e con gli analoghi impianti della zona di guerra lasciava molto a desiderare.

Amputati e storpi osteoarticolari, che abbisognavano della cura del chirurgo ortopedico, feriti dei nervi periferici, pei quali sarebbe stata necessaria l'opera concorde del neurologo e del neurochirurgo, stazionavano spesso per mesi e mesi in ospedali comuni ed anche secondarii, ove ogni apprestamento mancava ed esisteva soltanto la buona volontà.

Altre gravi questioni interessanti la saldezza della compagine dell'Esercito intanto si affacciavano insolute: la prevenzione dall'inquina-

STABILIMENTI SANITARI
TERRITORIALI
SPECIALIZZATI

MILANO
TORINO
CASALE
PAVIA
ALESSANDRIA
VOGHERA
GENOVA
NERVI
BERGEGGI
VERONA
MANTOVA
TREVISO
PADOVA
VENEZIA
FERRARA
MODENA
BOLOGNA
SPEZIA
PESCIA
PISA
LIVORNO
FIRENZE
ANCONA
PERUGIA
ROMA
NAPOLI
BARI
LECCE
PALERMO
CATANIA

Segni convenzionali
Centro chirurgico di prima raccolta per infermi amputati e con lesioni gravi ed irreparabili delle grandi articolazioni.
Sezione chirurgica di concentramento. (Primo tempo).
Sezione di cure fisiche ortopediche per invalidi definitivi. (Secondo tempo)
Scuola di rieducazione professionale. (Terzo tempo).
Laboratorio di montaggio.
Officina di protesi nazionale.
Officina di protesi regionale.
Scuola di rieducazione agricola.
Centro neurologico di primo sgombero.
Centro neurologico
Ospedale di primo concentramento per ciechi.
Scuola per ciechi.
Centro sanitario di smistamento per tubercolosi.
Reparto di accertamento diagnostico per tubercolosi.
Centro sanatoriale.
Centro stomatoiatrico.
Centro fisioterapico.
Reparto per autolesionisti.
Centro antitracomatoso

mento tubercolare, il problema del pronto recupero dei post-traumatizzati, che sfuggivano attraverso licenze di convalescenza spesso prolungate *sine die*, l'infezione tracomatosa, la piaga dell'autolesionismo, ecc.

Come si vede, arduo e complesso era il lavoro che in questo campo la Sanità Militare, quasi tutta impegnata, fino allora, in zona di guerra, si è trovata d'innanzi mentre il terzo anno della guerra si avanzava, nè malgrado il lavoro dap-

poi compiuto può dirsi che essa abbia ancora assolta tutta l'opera. Questa è però ormai molto avanzata. — Più che il contenuto nei ristretti limiti di un articolo, gioverà l'unito grafico a darne una sommaria idea d'insieme.

SERVIZIO DI ASSISTENZA AI GRANDI INVALIDI DEFINITIVI (*amputati ed affetti da gravi lesioni storpianti osteoarticolari*). — Da tutta la zona di guerra questi infermi vengono ora, appena le loro condizioni ne permettano il trasporto, riuniti in un *centro chirurgico di prima raccolta e successivo smistamento* a Mantova. Di lì, ristorati ed apprestate le cure che valgono a render più agevole e meno disagiato il viaggio, con un apposito treno ospedale, essi sono inviati direttamente alla *sezione chirurgica di concentramento* del territorio ove risiedono le rispettive famiglie.

Queste *sezioni chirurgiche di concentramento* per mutilati e storpi gravi funzionano ormai regolarmente in tutti i corpi d'Armata territoriali eccetto quelli di Alessandria, Bari ed Ancona, che si valgono della sezione chirurgica del corpo d'armata limitrofo, e sono dirette da chirurgi ortopedici di riconosciuta competenza. Così le cure più adatte posson venir prodigate con quella precocità che è necessaria a ben assicurarne l'esito migliore.

Alle cure chirurgiche, seguono quelle fisico-ortopediche; dalle sezioni chirurgiche infatti questi infermi passano alle sezioni di cure fisiche ed ortopediche che esistono a fianco delle prime in ogni corpo d'armata. Ivi vengono applicate le cure fisiche opportune per porre i monconi dei mutilati nelle migliori condizioni di adattamento alla protesi e di funzionamento, ed utili a ridurre al minimo possibile le minorazioni dei gravi storpi.

Ottenutasi infine non solo la guarigione *chirurgica*, ma anche la rieducazione *funzionale*, ogni invalido passa alla *scuola di rieducazione professionale* ove l'Amministrazione militare provvede a mantenerlo per i sei mesi che la legge stabilisce come tempo sufficiente per apprendere un nuovo mestiere o per riprendere, quando è possibile, l'uso dell'antico, nelle mutate condizioni fisiche. Durante tale periodo l'officina militare che ormai funziona presso ogni scuola di rieducazione, fornisce l'apparecchio di protesi necessario.

Scuole di rieducazione professionale generica funzionano attualmente a Torino (con filiali a Lucento ed a Casale), Milano, Genova, Verona, Padova, Venezia, Bologna, Spezia, Firenze, Livorno, Pescia, Pisa, Roma (con filiali a Teramo ed a Giulianova), Napoli e Palermo. Scuole di rieducazione *professionale agricola* sono per ora a Voghera, per l'Italia settentrionale, a Perugia per l'Italia centrale ed a Bari per l'Italia meridionale.

Così ogni invalido è rieducato alla professione nella sua stessa regione d'origine e con i mezzi ed i sistemi di lavoro in essa usati.

CENTRI NEUROLOGICI. — Non meno importante dell'organizzazione dell'assistenza ai mutilati anatomici ed agli storpi osteoarticolari, è quella destinata a raccogliere e curare in ospedali specializzati gli infermi del sistema nervoso, sia funzionali che organici.

Iniziata con un certo ritardo, rispetto alla precedente, l'organizzazione del servizio dei *centri neurologici territoriali* se non può dirsi come quella già dappertutto completa, è già sotto varii rispetti, a buon punto.

Il funzionamento di questi speciali istituti non può dovunque, data la diversità degli impianti, dei mezzi e di ambiente scientifico, corrispondere all'identico schema, però in genere il Ministero della Guerra ha curato che ciascun centro neurologico constasse di due sezioni distinte, onde potessero esser nettamente separati gli infermi affetti da lesioni organiche del sistema nervoso, sia centrale che periferico, da quelli affetti da forme nervose funzionali.

In ciascun centro neurologico poi, nella sezione destinata alla cura degli infermi con lesioni organiche, l'opera del neuropatologo è sempre opportunamente associata a quella del chirurgo specializzato e laddove è risultata più perfetta questa *simbiosi* tra il neurologo ed il chirurgo, si sono avuti dei risultati veramente brillanti. Al fine di ottenere una rapida raccolta ed un conseguente razionale smistamento regionale anche di questi infermi è stato disposto che tutto il centro neurologico di Treviso e parte del centro neurologico di Milano, che è straordinariamente efficiente, funzionino come sezioni neurologiche avanzate di prima raccolta per gli infermi provenienti dalla zona di guerra. Parte del centro neurologico di Catania funziona pure come primo sgombro per gli infermi del sistema nervoso provenienti dall'Oriente.

Da queste sezioni, tutte dirette da valenti neurologhi, gli infermi vengono poi traslocati a tempo opportuno e tenendo conto della loro regione d'origine agli altri centri neurologici che si sono istituiti e si vanno ora sempre più ampliando e perfezionando nell'interno del Paese e cioè a Pavia, a Genova, a Bologna, ad Ancona, a Roma e tra poco anche a Napoli. Come si vede, sono quindi otto gli istituti specializzati che funzionano nelle varie regioni d'Italia, in tutto od in parte come centri neu-

rologici territoriali, per non contare quello di Treviso, che trovandosi in piena zona di guerra, ha invece interamente funzione di prima raccolta e di successivo smistamento territoriale.

SERVIZIO STOMATOIATRICO. — Presso ciascuna delle Armate, in zona di guerra, esiste un reparto stomatoiatrico completo, ed alcuni di questi impianti hanno assunto tale importanza ed efficienza, data la guerra di posizioni che combattiamo, da rivaleggiare con i migliori istituti territoriali.

Da questi reparti di armata i feriti della faccia vengono, in secondo tempo, smistati ai tre grandi centri stomatoiatrici territoriali che funzionano nel paese e precisamente a Milano, a Bologna ed a Roma. Esistono poi, si può dire presso tutti gli altri corpi d'armata territoriali, dei reparti minori, dei quali alcuni veramente notevoli, destinati sopratutto all'attuazione delle protesi meccaniche, che occorre applicare tardivamente e dopo la completa guarigione chirurgica, nonchè al disimpegno del servizio stomatologico del territorio.

All'insieme del servizio stomatoiatrico gioverà certamente ora l'istituzione, che ormai è compiuta, del nuovo *corpo odontoiatrico militare*, composto dei dentisti diplomati, che è destinato a portare le cure dell'arte fino alle zone più avanzate ed alle truppe combattenti in prima linea.

ASSISTENZA AI CIECHI DI GUERRA. — Il primo sgombero dei militari feriti agli occhi con minaccia di cecità vien fatto sui tre ospedali oftalmici di Milano, di Firenze e di Roma. Di qui, avvenuta la guarigione chirurgica, i divenuti ciechi vengono raccolti con criterio regionale in speciali case di rieducazione per ciechi che funzionano a Milano, a Padova, a Firenze, a Roma, a Napoli ed a Catania.

Molto si è discusso se non convenisse riunire tutti i ciechi di guerra in un'unica scuola, sotto la guida dei pochissimi maestri ciechi che possediamo, e che, certamente, rappresentano gli insegnanti più adatti per la rieducazione di questi invalidi; ma tale soluzione, che pure aveva non pochi vantaggi, si è dovuta abbandonare perchè altre non meno importanti considerazioni imponevano di non impedire a questi gloriosi infelici di potere, nella loro sventura, avere almeno il conforto della vicinanza dei propri cari.

PROFILASSI ANTITUBERCOLARE NELL'ESERCITO. — È noto che la guerra ha prodotto un certo aumento nella diffusione della tubercolosi, se non così grave ed allarmante come è avvenuto in altre nazioni, certo tale che meritava tutta l'attenzione degli enti e delle amministrazioni responsabili.

Nell'Esercito questo sia pur modico grado di inquinamento tubercolare si spiegava con le leve affrettate e con la difficoltà, da parte dei periti, di diagnosticare con i mezzi messi a loro disposizione gli ammalati di forme larvate ed incipienti ed i così detti *pretubercolotici* che, una volta sottoposti allo strapazzo della vita militare, precipitavano rapidamente verso le forme di tubercolosi più gravi.

A difesa ed a salvaguardia dell'Esercito si sono così istituiti (circolare 801 del G. M. del dicembre 1916) i dodici reparti di accertamento diagnostico per la tubercolosi che, unitamente ai reparti di accertamento delle Armate in zona di guerra, funzionano ormai in ciascun corpo d'Armata territoriale.

Sono questi degli speciali reparti ospedalieri, situati in genere in località adatte per ubicazione ed aereazione, ove vengono inviati tutti i militari e gli iscritti sospetti di tubercolosi onde esser sottoposti a speciale osservazione, per opera di medici tisiologi di riconosciuta competenza.

Detti reparti sono naturalmente forniti di ogni mezzo di ricerca poichè la diagnosi dei casi sospetti non può certo esser fatta con un solo criterio, ma dal convergere dei varii mezzi d'indagine; durante la permanenza degli infermi in osservazione vien loro fatta condurre la vita più adatta per ottenere il miglioramento della loro malattia e viene loro impartita una certa educazione antitubercolare. Tutti poi i militari che sono riconosciuti affetti da forme incipienti o comunque curabili, anzichè esser subito riformati, vengono inviati in speciali centri sanatoriali che la Croce Rossa ed altri Enti quali le Opere antitubercolari vanno istituendo, ed in tali sanatorii questi infermi possono rimanere, a spese dell'Amministrazione militare, per un periodo di sei mesi.

Tutti infine i soggetti accertati nei reparti di osservazione e come tali riformati vengono segnalati all'autorità sanitaria civile per le provvidenze di assistenza ulteriore e di profilassi, che sono di sua competenza.

Nè qui si arresta l'opera dell'organizzazione antitubercolare militare, perchè essa ha provveduto eziandio ad allestire, presso ogni corpo d'armata territoriale, un tubercolosario destinato ad accogliere quei malati così gravi da abbisognare di continuata cura ed assistenza ospedaliera, che sarebbe inumano e pericoloso, dato lo stadio della loro malattia, dimettere dall'Esercito ed inviare in famiglia. Tali tubercolosarii ricoverano ora specialmente gli ex prigionieri restituiti dal nemico perchè gravemente infermi.

L'impianto e la sistemazione degli altri ser-

vizii accennati nel grafico non possono ancora dirsi molto avanzati, perchè si sono iniziati solo più tardivamente.

Sono così ora in via di attuazione in ogni corpo d'armata i *centri fisioterapici di recupero* per i militari affetti da postumi di lesioni traumatiche, grandi ospedali-caserme ove tutti i post-traumatizzati e specialmente gli affetti da temporanee storpiaggini di origine osteoarticolare o fibrosa, vengono sottoposti, dopo le cure fisiche, ad una speciale ginnastica medica e ad un allenamento collettivo, con un nuovo metodo che è geniale invenzione italiana; i congegni per la lotta contro il *tracoma* costituiti da grandi ospedali-oftalmici per le forme più gravi, da caserme oftalmiche ove i malati in fase secernente non abbisognosi di cure ospitaliere, vengono concentrati, istruiti ed utilizzati ai fini militari e nello stesso tempo sottoposti a trattamento curativo, e da battaglioni oftalmici costituiti da infermi non più secernenti, utilizzati in varî servizi e sottoposti a vigilanza profilattica ed a cure di minor importanza; infine si sono ora costituiti in ogni corpo d'armata e in alcune località funzionano da qualche tempo egregiamente, dei reparti speciali di concentramento per gli *autolesionisti*: sono diretti da ufficiali medici provetti in infortunistica e varranno a combattere efficacemente anche questa triste manifestazione di delinquenza.

Persistono certo delle lacune nella complessa organizzazione da noi delineata; vi si notano fors'anche delle mende. Ad esempio, noi crediamo che sarebbe da intensificare la rieducazione volta ai lavori agricoli, dacchè il nostro paese è popolato in prevalenza da agricoltori, e sulla produzione agricola debbono concentrarsi le maggiori cure.

Il prossimo avvenire vedrà, senza alcun dubbio, questi servizi specializzati sempre più efficenti e perfetti; ma possiamo già compiacerci dello sviluppo poderoso che hanno rapidamente assunto.

LAVORI ORIGINALI.

AMBULANZA CHIRURGICA D'ARMATA N. 2.
Direttore prof. ROBERTO ALESSANDRI.

L'ipotensione arteriosa nei feriti cavitari dell'addome

per il dott. ANGELO CHIASSERINI,
Capitano medico di complemento.

L'esperienza acquistata, esaminando i numerosi feriti con lesioni degli organi cavi dell'addome (stomaco e intestino), ricoverati nel periodo di un anno nella 2ª Ambulanza chirurgica, ci ha convinto che i caratteri del polso hanno la massima importanza, sia per le indicazioni o controindicazioni operatorie, sia per i criteri prognostici.

Un polso frequente e piccolo, e che tale si mantenga nonostante le misure adottate contro lo shock, è di solito una controindicazione all'intervento (a meno che non si tratti di anemia acuta nel qual caso si può avere un miglioramento), e segna una prognosi infausta.

Questi feriti invero, anche se operati precocemente, mostrano un peggioramento progressivo nelle condizioni del polso, che può divenire impercettibile alla radiale, e che sono talora in stridente contrasto con le condizioni generali subiettive. Qusto stesso contrasto si osserva non raramente in pazienti nei quali la caduta del polso avviene in secondo tempo.

Tanto che è lecito affermare come nei feriti cavitari dell'addome la frequenza e la piccolezza del polso, (che significano ipotensione arteriosa) sono il primo ed il principale *signum mali ominis.*

L'ipotermia relativa è un altro sintoma di gravità, ma di solito più tardivo e più incostante.

La caduta della pressione arteriosa non è in questi casi determinata dalla emorragia, che può essere assai scarsa, ed in ogni modo non è ad essa proporzionata. È invece ordinariamente in evidente rapporto con la gravità e la molteplicità delle lesioni viscerali, e col tempo decorso, ma tale rapporto non si può certo chiamare diretto.

Probabilmente a determinarla e a mantenerla contribuiscono fattori molteplici, quali il trauma addominale in sè, e i traumi secondari variabili secondo il modo di trasporto; le condizioni dell'individuo; l'afflusso di sangue nei vasi del sistema splancico e la trasudazione sierosa (in senso generale), talvolta enorme, nel caso addominale; l'assorbimento di materiali tossici.

Ma il loro meccanismo di azione ci è in gran parte ignoto: nè, a renderlo più chiaro, credo si possa arrivare con i metodi di studio fin qui adoperati, i quali sono per lo più incompleti o empirici.

Così, nonostante la grande importanza che la caduta della pressione è andata acquistando come criterio terapeutico e prognostico, la si continua ad apprezzare grossolanamente con i caratteri, vorremmo dire tattili, del polso.

Ne ignoriamo quindi i valori, i quali, anche se limitati alla sola pressione sistolica, ma ripetuti sullo stesso e su di un gran numero di casi, potrebbero certamente fornire delle indicazioni più precise.

Così non viene mai praticato l'esame morfologico e chimico del sangue, e raramente quello delle urine.

Così dicasi delle ricerche anatomo-patologiche, che si limitano a constatare le lesioni macroscopiche degli organi viscerali; nulla sappiamo delle possibili modificazioni nella struttura di alcuni organi, ad esempio delle ghiandole a secrezione interna, alcune delle quali hanno così grande importanza per il mantenimento della pressione arteriosa.

Sarebbe quindi opportuno che ad ogni grande unità chirurgica fossero aggiunti due medici pratici di ricerche chimico-cliniche ed anatomo-patologiche, ed uno strumentario adatto.

Il complesso problema potrebbe allora essere studiato nei suoi elementi, e, se anche non risolto completamente, potrebbero aversi dei dati di fatto, con i quali meglio precisare le indicazioni e i metodi terapeutici.

Per iniziare intanto questo studio, noi abbiamo cominciato con l'esaminare istologicamente le surrenali dei feriti morti in seguito a lesioni del tubo gastro-enterico.

Cominciai a prelevare le surrenali nell'agosto del 1916: esse venivano asportate poche ore dopo la morte, e fissate in formalina.

Le sezioni, incluse in paraffina, vennero colorate con ematossilina eosina e col metodo di V. Gieson.

Si tratta di uno studio incompleto, sia per il numero piuttosto esiguo delle osservazioni (10), sia perchè non furono eseguite sezioni per congelazione, sia perchè non furono usati speciali metodi di colorazine (ad es.: per i lipoidi delle cellule corticali e per le granulazioni delle midollari), nè le reazioni specifiche, come quella di Vulpian.

I reperti in ogni modo hanno avuto il controllo di surrenali appartenenti a individui morti per tutt'altra causa, ed hanno dimostrato tali deviazioni dalla norma, che merita siano qui ricordate brevemente. A questo scopo riporto la descrizione di due casi tipici:

I. C... (8 ottobre 1916). — Ferite multiple del tenue; operato dopo 13 ore (resezione intestinale); muore in 2ª giornata. All'autopsia si trova versamento siero-ematico nel peritoneo; anse del tenue iperemiche e dilatate; stomaco fortemente dilatato.

Esame istologico della capsula surrenale destra: corticale bene sviluppata con distinzione abbastanza netta delle tre zone; il protoplasma delle cellule corticali si colora in modo uniforme ed ha un aspetto pulverulento, ciò sopratutto nelle zone fascicolata e reticolare. Nella midollare si hanno segni evidenti d'iperemia, e qualche piccolo focolaio emorragico; il protoplasma delle cellule midollari ha scarsa affinità per i colori, il nucleo, spostato talora verso la periferia, contiene reticolo poco cromatofilo; qua e là si osservano delle forme sinciziali.

Tanto nella midollare quanto nelle parti più interne della corticale si trovano numerosi granuli di pigmento bruno-scuro.

II. M... (26 settembre 1916). — Ferite multiple del tenue; muore in 3ª giornata. All'autopsia si trova peritonite generalizzata siero-purulenta.

Esame istologico della surrenale destra: le cellule della corticale, specie nelle zone fascicolata e reticolare, si colorano uniformemente con l'ematossilina, e non lasciano più riconoscere alcuna struttura; i cordoni cellulari sono ridotti a masse protoplasmatiche, in cui sono quasi completamente perduti i confini dei singoli elementi. Lesioni anche più gravi si riscontrano nella sostanza midollare: quivi il parenchima è ridotto a detriti di protoplasma sparsi in mezzo ad una trama connettivale. Granuli e zolle di pigmento bruno sono sparsi in grande abbondanza nella zona reticolare e fra i residui delle cellule midollari.

Questi due casi rappresentano i tipi delle lesioni osservate, lesioni regressive, discrete nel primo, gravissime nel secondo caso: in ambedue più marcate nel parenchima midollare.

Si può dire che le lesioni della corticale vanno dal rigonfiamento torbido ad una vera necrosi per coagulazione, quelle della midollare dalla diminuita affinità colorante delle cellule feocrome ad una disgregazione completa delle medesime. Nei casi meno gravi si nota anche una notevole iperemia.

Un reperto quasi costante è la grande abbondanza di granuli e zolle di pigmento brunastro sopratutto nella midollare. Questo fatto era stato osservato nelle surrenali di individui morti di malattie cachetizzanti.

Tali lesioni si verificano in un tempo relativamente breve (2-3 giorni), e, quantunque non possano spiegare la caduta della pressione, che talora avviene fin dalle prime ore, debbono certo contribuire a mantenerla in un secondo tempo.

Esse ricordano molto da vicino le lesioni descritte nelle capsule surrenali di alcuni individui morti per difterite, e nei quali si ebbero sintomi evidenti di ipotensione (senza che poi si notassero alterazioni a carico del miocardio).

È probabile che nell'un caso come nell'altro le lesioni sieno di origine tossica: dipendenti, nei feriti dello stomaco e dell'intestino, da riassorbimento massivo di tossine traverso la sierosa peritoneale.

Ignoriamo, se vi abbiano parte, e quanta, i riflessi da stimolazione del simpatico addominale, determinata dal trauma.

Un fatto però resta stabilito: la costanza cioè di lesioni regressive nel parenchima delle capsule surrenali, e specialmente nelle cellule della sostanza midollare.

Questa constatazione, mentre non ci permette di formulare delle conclusioni sul complesso problema della ipotensione arteriosa negli addominali, di cui riguarda solo un elemento, ci incoraggia tuttavia a procedere con metodi d'indagine positiva.

Prevedere anzitutto i valori della pressione arteriosa, sia prima, che durante e dopo l'intervento; osservare in quali momenti essa tende specialmente a cadere, e quali sono le misure che la possono far risalire. Poter così scegliere il metodo o i metodi di anestesia meno nocivi, e vedere, se non è, per esempio, indifferente iniettare dei litri di soluzione fisiologica, oppure delle soluzioni alcaline o contenenti zucchero.

Fare inoltre degli esami del sangue, specie per ciò che riguarda possibili cambiamenti della sua reazione.

Le gravi lesioni delle surrenali da me osservate farebbero ritenere non improbabile un certo grado di acidosi.

Quando i suesposti, ed altri dati clinici, raccolti con cura, venissero messi in rapporto con le osservazioni *post-mortem* macroscopiche ed istologiche (sopratutto delle surrenali, dell'ipofisi, del fegato, del miocardio), è verosimile che molte delle cause vere della caduta della pressione arteriosa sarebbero messe in luce; e si potrebbe correre ai rimedi con criterî più precisi.

Zona di guerra, giugno 1917.

RIVENDICAZIONI.

Nuovi studi sull'afta epizootica.

Nel periodico *Il Policlinico*, Sezione Pratica, n. 33, pag. 1023, sono brevemente ricordate le ricerche sull'afta epizootica fatte da G. Cosco ed A. Aguzzi. Si tiene parola della reazione vaccinale e della successiva immunità determinate dall'iniezione endovenosa di emazie virulente e lavate, senza ricordare che questi fatti furono osservati precedentemente da noi e resi di pubblica ragione nel 1916. (*La Clinica Veterinaria*, 1916, n. 19).

S. BELFANTI e A. ASCOLI.

NOTE E CONTRIBUTI.

LABORATORIO BATTERIOLOGICO GOVERNATIVO DI BERGAMO

diretto dal dott. prof. GUIDO VOLPINO, insegnante di batteriologia presso la R. Università di Torino.

Contributo allo studio dei medicamenti con fermenti lattici.

Dott. GIUSEPPE MONTI.

Le preparazioni farmaceutiche che usualmente servono per la bactero-enzimo terapia vengono ora ad acquistare anche importanza nel campo della profilassi delle malattie infettive. Di fatti il bacillo bulgarico, che Elia Metchnikoff raccomandava quale il più potente produttore di acido fra i vari bacilli lattici ed atto non solo a ristabilire l'equilibrio biologico normale, se trapiantato nell'intestino — perchè capace di combattere i comuni microrganismi che tanta importanza hanno nell'eziologia delle affezioni gastro-enteriche, come i varî quadri clinici delle malattie infettive ce lo provano — ma anche a liberare dai germi patogeni i portatori.

Già il Lipmann e lo Zweig videro che l'uso di preparati di bacilli bulgarici faceva scomparire dalle feci di malati i bacilli tifosi. Ed *in vitro* il Tissier ha sperimentalmente stabilito, che basta introdurre fermenti lattici (e dello zucchero) in un centro di putrefazione, per vedere arrestarsi il processo putrido a misura che i bacilli lattici prendono il posto dei bacilli della putrefazione. Si potrebbero anche citare le esperienze di Rosenthal, colle quali si venne a precisare come una cultura di vibrioni colerigeni viene ad essere resa inattiva se si innestano bacilli bulgarici.

Esempi di lotta contro il colera ed i portatori di vibrioni si possono rilevare presso diverse Nazioni anche durante l'odierna conflagrazione europea, e dobbiamo con piacere riferire che in Italia per merito del Bertarelli si iniziarono prove onde liberare dai germi patogeni i portatori nel tempo minimo necessario (*Rivista d'Igiene*, 16 ottobre u. s.). Naturalmente siccome in genere i germi patogeni, ed in specie i vibrioni colerigeni, albergano per tempo assai vario nei diversi portatori, occorreranno ripetute e vaste indagini per provare l'utilità del bacillo bulgarico. Però tale profilassi non sarebbe determinata da una semplice antisepsi chimica, ma deriverebbe da una vera azione depurativa del bacillo bulgarico vivente.

Viene quindi ad acquistare una speciale importanza il controllo preventivo dei farmaci

con fermenti lattici, rammentando che lo stesso Metchnikoff aveva già osservato che notevoli progressi restano a realizzarsi nella via della sostituzione dei microbi dell'intestino con altri benefici, e che i disinganni provati nel trattamento per mezzo di bacilli lattici, dipendono dalla cattiva qualità dei fermenti adoperati. Se è vero che nella farmacopea ufficiale del Regno fra i varî prodotti di siero-terapia, di enzimo-terapia, di opoterapia viene elencato solo il siero antidifterico, però nelle « Avvertenze », dopo aver accennato ai determinati saggi fissati per verificare le impurità e falsificazioni dei farmaci, al numero 2 si legge: « i medicamenti che non sono compresi nella Farmacopea, ma che sono prescritti dai medici, devono anche essere conservati bene e presentare tutti i caratteri di purezza ». Se i varî istituti sieroterapici sono soggetti a speciale controllo di Stato giusta le disposizioni vigenti sulla fabbricazione e vendita di vaccini, virus, sieri curativi e prodotti affini [(legge 8 luglio 1904, n. 360) ora testo unico leggi sanitarie, 1° agosto 1907, art. 132-135], purtroppo i prodotti contenenti bacilli lattici sono da troppo poco tempo in commercio perchè l'azione di controllo statale sia stata *per tutti* esplicata. Si deve quindi ripetere quanto già scriveva il Metchnikoff: « guidati da considerazioni puramente commerciali, certi fabbricanti di fermenti lattici li preparano sovratutto sotto la forma poco raccomandabile di compresse, nelle quali i bacilli si trovano in uno stato di attività insufficiente. Sovente esaminando questi prodotti si riscontra invece del bacillo bulgarico altri microorganismi assai differenti e talvolta assai nocivi. Niente di sorprendente quindi se tali prodotti facciano più male che bene ».

Certo coloro che hanno dovuto occuparsi della produzione dei fermenti lattici hanno fatto l'osservazione che il problema più grave da risolvere è la forma sotto la quale detti fermenti devono essere presentati per costituire un rimedio veramente efficace e scevro di impurità dannose. Premetto che, come è risaputo, varie sono le specie di fermenti lattici e basterebbe accennare ai batteri lattici intestinali: *B. aerogenes*, *B. acidi lactici*, *bacillus bifidus;* agli streptococchi dell'acido lattico: *str. lactis*, *bacterium lactis*, *bacterium Gautheri*, *bacterium lactis acidi;* ai bacilli del latte fermentato: *B. caucasicum*, *B. casei*, *B. bulgaricum;* ai micrococchi dell'acido lattico: *m. acidi lactis*, *m. lactis acidi* — mentre il Metchnikoff aveva scelto per combattere i microorganismi della putrefazione « il bacillo lattico più potente quale produttore di acido: il bacillo bulgarico contenuto nei latti tipo Yoghourt bulgaro ».

Se varî preparati commerciali di bacilli bulgarici *non hanno la desiderata azione* terapeutica, deve ascriversi la cosa a due cause principali:

1ª a non essere in molti preparati i bacilli bulgarici viventi od in istato di vitalità tali da rendere poi possibile l'acclimatazione e lo sviluppo;

2ª nel mancare nelle preparazioni un eccipiente atto a mantenere vivo il microorganismo ed a fornirgli, dopo il passaggio nell'intestino, materiale nutritivo atto a favorirne lo sviluppo e la vitalità.

Così se si ebbero dalla batterio-terapia lattica inconvenienti e danni, specie nella terapeutica infantile, dobbiamo rammentare come soventi in molti preparati commerciali di bacilli lattici vi sono raccolti non solo bacilli inattivi, ma microbi proteolitici dannosi alla salute umana ed in generale alle deboli mucose infantili.

Esaminando *latti fermentati comuni* sovente ho trovato vicino ai fermenti lattici anche altre forme microrganiche come sarebbe a dire, blastomiceti, cocchi, bacilli diversi. Naturalmente la presenza di questi microorganismi qualche volta può essere di danno diretto, come ad es.: quella di blastomiceti per la produzione di alcool il cui effetto deleterio anche in piccole quantità sull'organismo dei bambini è ben noto. Altri batteri per il loro effetto peptonificante producono tossine od acidi che impartiscono un cattivo sapore al latte stesso. Adunque per la quasi nessuna conservabilità, per la frequente impurezza e per l'eccessiva acidità il latte inacidito non si può raccomandare come rimedio di uso generale. Così abbandonando i varî preparati liquidi Maia bulgara o Yoghourt bulgaro, Koumis, Kephir, Leben-raid ed in genere i latti fermentati, per trovare un altro mezzo di conservazione e di facile trasporto si è pensato alla preparazione di *compresse secche e di polveri.* Però tali preparazioni, se veramente costituiscono un espediente di comoda somministrazione, hanno però soventi difetti di capitale importanza già rilevati da Metchnikoff e studiati anche da altri ricercatori. Potrei accennare ai lavori dell'Oehler nei quali si dimostra che le polveri che vanno sotto il nome di prodotti al bacillo bulgarico non ne contengono traccie. Così l'Effront nei *Comptes-rendus de l'Académie de Médicine* dice che i prodotti secchi a base di microbi lattici possono contenere microbi anche assai dannosi. Lo Jannin in un suo lavoro pubblicato nella *Presse Médicale* sostiene che

le compresse sono inquinate nel corso della loro preparazione e contengono microbi della putrefazione. Il Bertarelli, riferendo nel *Pensiero Medico* sulla batterio-terapia intestinale e sulle sue sorprese, viene a concludere che nei preparati secchi la vitalità dei bacilli lattici dura poche settimane dalla data di preparazione. Il Basile pubblicò nella *Rivista Sanitaria* un lavoro sui fermenti lattici e riferisce di essersi procurato direttamente da varie Case produttrici varî campioni di preparati con bacilli lattici, ma in tutti ha trovata nulla la vantata vitalità di tal fermento. A conclusioni identiche giunse il Cohendy che nei *Comptes-rendus de la Société de Biologie* crede che per la batterio-terapia si dovrebbero consigliare colture pure di bacilli bulgarici. Il Boucard ed altri autori che si occuparono con speciale cura dei fermenti lattici somministrati con compresse contenenti colture secche, vengono a stabilire che tali colture secche debbono corrispondere a certi requisiti: esse compresse devono prima di tutto contenere... dei fermenti lattici, debbono essere di colorito bianco puro, non avere nè odore putrido, nè cattivo gusto. Ciò che colora le compresse è in genere non la sovrabbondanza dei fermenti, ma la presenza di impurità, specie di sostanze albuminoidi che li rende putrescibili con un odore poco gradevole.

In genere i preparati secchi vengono fatti con latti acidi ed aggiunte di maltosio, amido, ecc. Per quanto la preparazione di questi prodotti venga fatta con tutte le cautele, data la scarsa vitalità del bacillo bulgarico, esso trovasi quasi sempre morto. Inoltre non è facile avere colture pure di bacilli bulgarici ricorrendo ai varî mezzi nutritivi o semplicemente a latti sterilizzati se tali colture non vengono eseguite e controllate da batteriologi, ed invece, sovente per ottenere le compresse, si ricorre ad essiccare il comune yoghourt che per sè stesso, come già si disse, è sempre impuro. A queste impurità di preparazione altre se ne possono aggiungere durante la confezione portate dalle varie manipolazioni necessarie prima che le compresse, le tavolette, i bomboni, i cioccolattini, le farine giungano ad essere vendute al cliente in eleganti astucci, flaconi e scatole di varia e ricercata eleganza.

Onde avvalorare queste osservazioni ho esaminato sotto la direzione dell'egregio prof. Volpino vari preparati farmaceutici che trovansi in commercio con bacilli lattici avendo l'avvertenza di ricorrere per campioni o direttamente alle Case produttrici o a farmacisti che avevano da poco tempo acquistato dalle varie Ditte tali farmaci. Usai sempre diversi mezzi colturali seguendo quella tecnica che si era dimostrata praticamente raccomandabile per ottenere buone colture di bacilli bulgarici.

Presi in esame le compresse con fermenti lattici, del campione che qualificheremo A, vendute in eleganti astucci di carbone, divise regolarmente in tubetti ben confezionati. Così pure feci esami con la polvere contenuta in scatole regolate a peso e dosata per mescolarla al latte, caffè, the, ecc. Le *pastiglie* si presentano ben confezionate, colorate in biancastro con odore latteo; pestate, si dimostrano facilmente solubili in H_2O distillata. Si allestiscono preparati a secco colorati con Ziehl: all'esame microscopico si riscontrano forme bacillari in numero scarso. La *polvere* presenta un colorito biancastro con odore latteo, è discretamente solubile in H_2O. Si fanno preparati a secco e si riscontrano forme bacillari e cocchi. Feci colture in latte sterilizzato; dopo 24 ore si esaminano e si trova il latte in parte coagulato per germi banali ed assenza di bacilli lattici sia nelle compresse che nella polvere.

Esaminai pure il campione B, cioè un prodotto che sarebbe ricavato da colture in latte e maltosio di bacilli lattici. Tale prodotto viene posto in commercio con diverse preparazioni: bomboni, tavolette, farine. Mi servii per le mie ricerche delle tavolette (cioè delle compresse che secondo l'etichetta conterebbero i prodotti della fermentazione lattica, e viventi, i saccoromiceti del fermento bulgaro Maya) esse compresse si presentano di un colorito giallastro, di odore latteo, si sciolgono discretamente bene nell'H_2O. Con la solita tecnica si allestisce un preparato che viene colorato con Ziehl riscaldando opportunamente la soluzione durante la colorazione per aumentare la facoltà colorante della medesima. All'esame microscopico si riscontrano forme bacillari, impurità nonchè blastomiceti. Si fanno colture in latte sterilizzato, in latte bollito ed in altri mezzi ma non si osserva mai sviluppo di bacilli lattici.

Ho pure voluto esaminare alcuni prodotti di colture secche di bacilli di Ditte estere posti in commercio in polvere od in tavolette.

Microscopicamente si scorgono rari bacilli misti a forme di blastomiceti. Si fanno colture in latte sterilizzato, in brodo ed in agar: non si riscontra sviluppo di bacilli bulgarici. Vengono pure esaminati campioni di fermenti lattici venduti da altra Ditta che li pone in commercio con flaconi di compresse «di conservazione illimitata e non solubili» ed in polvere racchiusa in piccoli tubi di vetro a tappo di gomma. Microscopicamente riscontransi forme bacillari e mancano forme sospette di altri mi-

croorganismi. Si fanno colture, ma non si ha sviluppo del ricercato bacillo nè usando le compresse, nè usando la polvere.

Volli pure prendere in esame i nuovi farmaci costituiti da tavolette con colture secche di bacilli di Gorini che sarebbero alquanto più resistenti all'essiccamento. Questi bacilli, studiati dall'egregio prof. Gorini in una serie interessante di studi e chiamati bacilli acido-presamigeni, avrebbero oltre la proprietà di formare acido, anche la proprietà di peptonificare la caseina del latte. Vuolsi però eliminare il dubbio che la resistenza all'essiccamento di questi nuovi bacilli sia maggiore di quella dei bacilli bulgarici e che la loro proprietà di peptonificare l'albumina debba essere considerata come una prerogativa veramente utile di essi.

La parte che i batteri prendono alla digestione delle albumine del nostro intestino è infatti ancora molto oscura, essendo le opinioni degli scienziati in proposito molto diverse a causa della scarsa documentazione di fatti veramente acquisiti. Comunque è certo che il tentativo del Gorini è degno di essere preso seriamente in esame; però le proprietà dei bacilli del Gorini non sono certo uguali a quelle del bacillo lattico isolato dal Metchnikoff dei latti fermentati tipo Yoghourt bacillo atto a vivere nel canale digestivo e a generare acido lattico a spese di sostanze zuccherine.

Dopo le indagini ed osservazioni di cui sopra sembra anche opportuno considerare che già il Metchnikoff nel 1911 faceva osservare ai varî preparatori di bacilli lattici come i bacilli lattici e fra essi il migliore il bacillo bulgarico non facilmente trovano modo di nutrirsi nel nostro intestino abbisognando per vivere di sostanze zuccherine che difettano nelle lontane regioni dell'intestino e specie nel crasso.

Gli zuccheri che noi ingeriamo con gli alimenti si riassorbono rapidamente nelle parti superiori del tenue e pervengono difficilmente nella regione ove deve compiersi la lotta fra i buoni ed i cattivi microbi della flora intestinale. Richiamandomi allo studio del Distaso « Sur l'adaptation des microbes étrangers dans la flore intestinale » ed alle osservazioni del Berthelot, del Bertrand, del Jannin credo che molti progressi restano ancora a compiersi nella via della sostituzione nel nostro intestino dei microbi nocivi con altri benefici. I tentativi fatti con *brodi di coltura* sono certo da prendersi in seria considerazione ma purtroppo sovente tali brodi contengono una forte proporzione di acido lattico la cui presenza, oltre che dare al rimedio un sapore sgradevole, cagiona fenomeni di intolleranza e danni specialmente ai bambini; inoltre in essi, dopo breve periodo di tempo, morti i bacilli lattici rimane solo l'azione dell'acido lattico. Se poi i bacilli bulgarici sono ancora vivi e giungono in buono stato di vitalità nell'intestino, sovente non possono acclimatarsi per mancanza di sostanze zuccherine.

Mentre quindi si deve concludere che il vero metodo adatto per conservare in vita i fermenti lattici nel farmaco non è tuttora trovato, si può nutrire speranza che le ricerche degli studiosi possano risolvere il problema rendendo possibile nell'organismo quei risultati che *in vitro* si possono avere con colture di bacilli bulgarici che con tanta genialità e competenza vennero raccomandati dal Metchnikoff per la loro azione di risanamento e di difesa dell'organismo umano.

MEDICINA SOCIALE.

Sulla riforma dei Brefotrofi.

L'assistenza materna agli esposti.

Prof. dott. O. VIANA,
direttore del Brefotrofio e maternità di Verona.

In una materia tanto delicata quale è l'assistenza degli esposti, e in questi eccezionali momenti, in cui la vita pubblica, da noi così pigra, ha un ritmo assai più accelerato, ed è pervasa da un prepotente bisogno di riforme, è da stimarsi cosa utile far conoscere le innovazioni attuate nei singoli brefotrofi ed i risultati, che fino ad ora sono stati conseguiti.

Nel brefotrofio di Verona per la benefica coesistenza colla maternità provinciale si era potuto anche in passato assicurare l'assistenza materna a buon numero di bambini. La guerra venne fatalmente a turbare l'equilibrio, facendo aumentare il numero dei trovatelli e diminuire proporzionalmente quello delle nutrici per motivi facili a comprendersi.

A tale crisi si provvide ben presto *sopprimendo, salvo casi eccezionali, l'iscrizione fra gli esposti dei bambini che non fossero allattati dalle rispettive madri sia all'interno che all'esterno dell'istituto.*

Ebbi già precedentemente occasione di notare (1) che tale riforma posta in opera oltre un anno fa, non suscitò alcuna opposizione (le sole proteste, senza seguito, furono quelle delle levatrici ferite nei loro particolari interessi!) nè diede luogo a inconvenienti di sorta, mentre i vantaggi ottenuti furono veramente eccellenti.

Poche cifre, di una eloquenza non comune, stanno a dimostrarlo, e mi dispensano da speciali commenti.

---

(1) *Il Policlinico*, Sez. prat., fasc. 18, p. 603.

Ho tenuto separati i dati relativi ai due semestri, secondo del 1916 e primo dell'anno in corso, per mettere in evidenza il progresso dei risultati. La prima tabella riguarda i riconoscimenti materni, che non mancano quasi mai per i bambini nati nella maternità, senza bisogno di alcuna pressione da parte del personale addetto alla assistenza delle giovani madri.

II° SEMESTRE 1916.

	Riconosciuti	Non riconosciuti	Legittimi	Totale
Passati dalla Maternità	81	1	1	83
Entrati dall'esterno . .	36	32	2	70
	117	33	3	153

I° SEMESTRE 1917.

	Riconosciuti	Non riconosciuti	Legittimi	Totale
Passati dalla Maternità	112	1	—	113
Entrati dall'esterno . .	30	22	2	54
	142	23	2	167

La seconda tabella illustra la diversa mortalità a seconda del vario modo di assistenza e di alimentazione dei bambini. In essa sono compresi tutti i lattanti assistiti nella balieria: ho lasciato a bella posta da parte i rimasti ed i restituiti dall'allevamento esterno per non alterare la perspicua evidenza delle cifre.

II° SEMESTRE 1916.

	Esposti	
	Entrati	Morti
Allattamento materno completo	96	3
» » incompleto	18	9
» naturale e misto	29	11
» artificiale	10	8
Totale	153	31

I° SEMESTRE 1917.

	Esposti	
	Entrati	Morti
Allattamento materno completo	114	4
» » incompleto	15	7
» naturale e misto	32	9
» artificiale	6	5
Totale	167	25

La riforma attuata con mano ferma da questa Amministrazione ha già portato i suoi buoni frutti. Difatti la mortalità del 20 % nel secondo semestre 1916 è stata ridotta a meno del 15 % nel primo semestre dell'anno in corso, ad una proporzione quindi che può dirsi pressochè normale. Considerando le cifre suindicate si vede pertanto che in buona parte, se non in tutto, la grande questione degli esposti si riduce ad assicurare l'assistenza materna al numero maggiore possibile di bambini, ciò che del resto non riesce difficile, lasciandosi facilmente le giovani madri persuadere della bontà e della importanza del loro compito.

A questo proposito non conviene però abbandonarsi ad eccessive illusioni, nè ritenere che basti la volontà per riuscire nell'intento sia da parte della madre che di chi l'assiste e la guida nelle sue funzioni.

La natura non sempre è benigna nè concede a tutte le madri di poter essere delle buone nutrici della loro prole.

Spogliando il registro delle nutrici interne degli anni decorsi, ho trovato i seguenti dati:

Anno	Nutrici idonee	Non idonee
1912	65	11
1913	65	12
1914	65	27
1915	91	9
1916	98	29
1917 I° semestre	65	36
	449	124

Il fatto di aver riscontrato oltre il quarto di inabili ad un allattamento *prolungato* fra le nutrici ammesse nel brefotrofio non deve sorprendere qualora si rifletta, che si tratta quasi esclusivamente di primipare, spesso giovani, in condizioni precarie di salute, nelle quali l'allattamento incontra delle difficoltà, che nelle pluripare diventano sempre meno frequenti e meno fatali alla predetta importante funzione.

La prova di ciò si è avuta nel fatto che estendendo al massimo possibile il reclutamento delle nutrici (101 nel solo 1° semestre di questo anno) si è visto crescere proporzionalmente il numero delle inadatte al proseguimento del loro ufficio.

Con questo intendo solo far presente ai futuri riformatori del servizio degli esposti, che anche in quegli istituti, nei quali l'assistenza materna è messa a fondamento di tale servizio, si incontra una limitazione imposta dalla natura, e che pur ricorrendo a tutti i mezzi profilattici sia nel campo fisico che in quello morale, resta sempre un certo numero di bambini, che per essere privi del petto materno, reclamano la più oculata vigilanza e le più assidue cure da parte del brefotrofio.

Verona, 10 settembre 1917.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

Società Medica di Parma.

Seduta del 6 luglio 1917.

Radiologia di guerra: la radiografia stereoscopica nella localizzazione dei proiettili.

Dott. A. ROSSI. — L'O. che da due anni dirige il Servizio Radiologico degli Ospedali Militari di Parma e provincia ha adottato su larga scala l'impiego della stereoradiografia nella localizzazione dei proiettili in tutti i casi nei quali il suo impiego è preferibilmente indicato (Siciliano, Busi, Colombo, ecc.), e cioè alla radice degli arti, nel bacino, nella colonna, al palmo della mano e pianta dei piedi; dimostra con numerosi radiogrammi i risultati ottenuti.

L'O. è del parere di estendere l'uso della radiografia stereoscopica alla localizzazione dei proiettili anche a regioni dove si ha la possibilità di eseguire due radiogrammi in piani ortogonali ad esempio nel ginocchio, nel polso, nel tarso, poichè in molti di questi casi la visione della sede del proiettile appare, al radiologo e al chirurgo che deve intervenire, con maggior precisione e rapidità, evitando lo sforzo mentale di costruzione dei due radiogrammi.

Per l'esecuzione delle lastre l'O. si è servito del comune trocoscopio della Ditta Balzarini, tanto il verticale che l'orizzontale, opportunamente adattati per i varii formati di lastre; per la visione stereoscopica ha fatto uso dello stereoscopio del Righi del quale si dichiara soddisfatto.

Proponendosi di continuare lo studio sull'argomento che nel momento attuale è di grande interesse e di riferire gli esiti ulteriori, sulla scorta dei molti esami fatti, crede utile fin d'ora richiamare l'attenzione dei colleghi su questo mezzo e conclude:

Da questi documenti credo si possa dedurre che clinicamente la stereo-radiografia rappresenta uno dei mezzi più perfetti per la localizzazione topografica di un proiettile e merita la più larga applicazione non richiedendo l'impiego tassativo di impianti speciali, nè importando dispendio di materiale e di tempo. La sua utilità interessa anche i casi di ritenzione dei proiettili nei quali avendosi una tolleranza parziale o completa si devono prendere provvedimenti medico-legali.

Prof. O. COZZOLINO. — *Intorno a due casi di cirrosi epatica infantile di probabile origine luetica.*

Prof. DE' MARSI. — *Palletta di shrapnell nella cricoide.*

Dott. BAVAGNOLI. — *Acidi grassi volatili delle feci di tifosi.*

Dott. ANGELINI. — *Alcuni casi di leucemia trattati coi raggi X.*

Prof. L. RONCORONI. — *Nota sulle sincinesie.*

D.ssa DAL COLLO-BONARETTI. — *Osservazioni raccolte in casi di itterizia in militari.*

Prof. GARBARINI e dott. GHEZZI. — *La cura degli aneurismi, colle iniezioni ipodermiche di gelatina emostatica.*

Dott. GHEZZI. — *Un altro caso di placca prerettale con fenomeni di disuria.*

Reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.

Adunanza ordinaria del 29 aprile 1917.

Influenza del pneumogastrico sulla secrezione gastrica dei batraci.

A. RONCATO. — L'O. dimostra che negli animali inferiori l'azione del pneumogastrico sulla secrezione gastrica può essere messa in evidenza assai facilmente senza incontrare tutte quelle difficoltà che il Paulow ha dovuto superare per dimostrarla negli animali superiori.

L'O. mette in rapporto tale fatto con la rudimentalità, negli animali inferiori, dei processi psichici, i quali negli animali superiori esercitano una grande influenza sia nell'eccitare, sia nell'inibire la secrezione gastrica.

Adunanza ordinaria del 24 giugno 1917.

Ancora sulla segnalazione personale mediante il decorso delle vene cutanee.

A. TAMASSIA. — L'O. comunica una sua nota nella quale propone di utilizzare a scopo di segnalazione personale il decorso delle vene cutanee del piede.

Due osservazioni di appendicite, recate per il dibattito, se quella possa venire per infortunio.

D. GIORDANO. — L'O. riferisce la osservazione di un ragazzo, che i parenti affermano malato perchè sbalzato di carrozza in modo da percuotere col ventre, mentre un interrogatorio più accurato dimostrò che egli si era semplicemente ripiegato nel predellino perchè impedito nel salire da un vivo dolore. L'operazione dimostrò una banale appendicite calcolosa e gangrenosa, senza alcuna nota traumatica.

A questo caso nel quale, come in tanti altri, esula la troppo facile supposizione di una origine traumatica, egli oppone la osservazione di una appendicite con gangrena del fondo cecale in un soldato asfissiato coi vapori velenosi; e ritiene che in tal caso si possa parlare di vero infortunio, per la localizzazione interna manifestatasi in quel ferito.

A. DIAN.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

Etiologia delle sindromi emorragiche infettive castrensi.

P. D. Siccardi aveva precedentemente individualizzato, nel campo delle sindromi emorragiche ad insorgenza epidemica fra le truppe operanti, una speciale sindrome, da lui denominata *maculosa*; differenziabile dalle forme scorbutiche e parascorbutiche di probabile etiologia alimentare, perchè presentava le note classiche della porpora esantematica e reumatoide e perchè si dimostrava di natura infettiva essendo accompagnata da turbe intestinali, localizzazioni periarticolari, ipertermia (Vedi *Policlinico*, Sezione Pratica, fasc. 28, pag. 893). Sull'agente etiologico però nulla ancora si sapeva.

Recentemente lo stesso A. ha comunicato alla Società lombarda di Scienze mediche e biologiche (seduta 2 giugno 1917), di avere scoperto l'agente specifico della infezione, il quale deve essere identificato con la Spirocheta ittero-emorragica, che Inada e Ido hanno dimostrato essere causa dell'ittero infettivo.

Una cavia, che era stata inoculata con 2 cmc. di sangue defibrinato, prelevato a un malato di sindrome maculosa febbrile, in decima giornata di malattia, morì dopo cinque giorni presentando il classico reperto anatomo-patologico della spirochetosi ittero-emorragica. Nel fegato, nel rene, nel sangue, nell'orina furono riscontrate al paraboloide le tipiche spirochete descritte da Inada e Ido.

Il virus fu potuto trasmettere in serie nelle cavie ed è da notare il fatto importante che talora le cavie soccombono rapidamente alla infezione, senza presentare fenomeni itterici, ma con impressionanti lesioni viscerali emorragiche.

L'identificazione dell'agente etiologico, che si deve presumere essere causa della maggior parte delle sindromi emorragiche infettive così diffuse nelle truppe operanti, con il parassita della spirochetosi ittero-emorragica, è fatto nuovo nella letteratura; questa scoperta è senza dubbio importante, così nel riguardo clinico e terapeutico, come in quello profilattico.

g. s.

La sintomatologia delle paratifoidi.

S. M. Fortescue-Brickdale (*Lancet*, 21 aprile), in un ospedale di isolamento in Francia ha osservato numerosi casi di infezioni tifoidi; in tutte l'esame batteriologico è stato fatto con una o più emocolture, con tre o più colture dalle urine e dalle feci, con tre prove di agglutinazione. Il bacillo del tifo ed il paratifo A sono stati trovati eccezionalmente; in 237 casi è stato trovato il paratifo A; a tali casi si riferiscono le osservazioni dell'A.

Tipo e sintomi dell'inizio. — In due terzi dei casi si osserva l'inizio brusco, con improvviso inalzamento di temperatura, cefalea, brividi e malessere generale e diarrea. Nel 16 % dei casi si notava pure l'inizio brusco però preceduto da un periodo prodromico di durata variabile, con diarrea, cefalea, ecc. In altri casi invece il malessere, la diarrea, la cefalea andavano gradatamente crescendo. La frequenza relativa dei sintomi iniziali (anche secondo altri autori) sarebbe la seguente: cefalea 90 %; diarrea 45 %; brividi 37 %; dolori addominali 32 %; dolori di schiena 26 %; indolenzimento generale 25 %; vomito 17 %; tosse 13 %; epistassi 10 %; vertigine 9 %, faringite 4 %.

Tipo della curva febbrile. — Questa può essere continua (nel 29 % dei casi), più spesso (nel 43 %) è a tipo anfibolo; più raramente si osservano le forme ondulanti (12 %) oppure di quelle con successivi inalzamenti di temperatura, che possono durare a lungo, ovvero ripetersi; più raramente ancora si osservano curve irregolari a temperatura bassa (37°,2-37°,7 alla sera e normale al mattino), di cui la durata può anche prolungarsi a 63 giorni.

Condizioni della milza. — Questa era nettamente palpabile nel 43 % dei casi; in altri si notava aumento di ottusità e dolorabilità della regione.

Eruzione. — Osservata nel 63 % dei casi, in forma di papale rosee a margini più o meno definiti, a grandezza variabile, talvolta areolata, di forma somigliante alla conica, e con tendenza alla trasformazione in vescicola.

L'aspetto del paziente era normale nei casi più lievi; in quelli più gravi si notano il viso tumido ed arrossato ed una certa sonnolenza. Nella maggior parte però non si aveva la *facies* dell'intossicato. La durata della malattia è stata superiore ai 14 giorni nei 3/5 dei casi; si è avuta una rapida convalescenza, con una certa frequenza di tachicardia. FIL.

L'urobilinuria nel tifo addominale.

Hildebrandt (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, n. 19, 1916) nota che l'urobilinuria è un fenomeno molto frequente nel tifo addominale. Essa può ritenersi provocata: *a*) dall'aumentata distruzione del sangue; *b*) dalla stasi biliare conseguente a colangite; *c*) dalla stasi

del sangue (fegato da stasi in seguito a complicazioni cardiache, ecc.); *d*) dall'epatite parenchimatosa.

L'intensità dell'urobilinuria nell'ileo-tifo di regola, ma non sempre, corrisponde alla gravità del quadro morboso ed alla durata della febbre. Il primo forte aumento coincide spesso con la comparsa delle roseole; e l'A. ritiene che contemporaneamente alla produzione dell'esantema e quindi alla localizzazione dei bacilli nella pelle, abbia luogo anche un'invasione dei germi infettivi nel fegato, donde l'urobilinuria. La durata dell'aumento dell'eliminazione dell'urobilina attraverso i reni è molto variabile: spesso però essa permane per tutta la convalescenza ed anche dopo. L'urobilinuria ha per l'ileo-tifo un valore diagnostico della stessa importanza della diazo-reazione, senza contare che essa giova a riconoscere le eventuali alterazioni parenchimatose del fegato. Una leggera urobilinuria che scompaia subito dopo lo sfebbramento non turba la prognosi, mentre se essa dura molto tempo nel periodo della convalescenza deve far pensare ad un'affezione epatica autonoma, atrofia giallo-acuta circoscritta, inizio della cirrosi di Laennec, cirrosi colangitica, ascessi epatici in seguito a processi colangitici, ascessi metastatici del fegato, conseguenze di alcoolismo, postumi di malaria.

Dal punto di vista terapeutico l'urobilinuria darà delle indicazioni per un trattamento analogo a quello delle epatiti parenchimatose. E l'urobilinuria come sintomo in queste affezioni costituisce una controindicazione assoluta per l'uso del cloroformio, per la eventualità di lesioni tardive di avvelenamento di dette sostanze. DR.

Svantaggi della dieta lattea nelle malattie febbrili.

I febbricitanti soffrono in generale di una insufficienza degli organi digerenti, sicchè si hanno delle fermentazioni e l'assorbimento di materiali tossici. Il regime latteo dovrebbe in tali casi venir sostituito per un certo tempo dal digiuno rigoroso, che è ormai entrato nella pratica comune per i bambini, e potrebbe bene venire adottato negli adulti.

Vi sono alcuni individui che non tollerano affatto il latte, altri che, pur prendendolo senza disturbi quando stanno bene ne sono intolleranti durante qualche malattia febbrile. Queste condizioni si verificano specialmente nella febbre tifoide; i pazienti prendono bene il latte per un certo tempo, poi, da un momento all'altro, vi si ribellano. Il quadro della malattia si aggrava improvvisamente: aumentano la febbre ed il meteorismo, le feci si fanno diarroiche con elementi indigeriti. La continuazione della dieta lattea non fa che stabilire un circolo vizioso.

Invece, non appena si nota l'intolleranza, si deve sopprimere il latte, mettendo il paziente a dieta idrica per uno o due giorni, concedendo come nutrimento solamente dello zucchero, farina di riso e brodi vegetali. Alla fine di tale periodo, si possono dare ogni 4 ore creme di orzo perlato, pancotto, *purée* di patate, un po' di riso o di semolino.

Lo zucchero serve per raddolcire le bevande che si daranno in quantità di circa due litri al giorno, in forma di limonata col vino, acqua zuccherata, tè o caffè leggeri, decozioni, ecc. Ai brodi di cereali si può aggiungere del cacao in polvere. Questa dieta deve sostituire il latte sino alla defervescenza; essa produce scarsa fermentazione, promuove la diuresi e previene l'estenuamento. Quando la temperatura è prossima alla normale, si darà il latte modificato in forma di kefir, yoghurt, ecc., fino a che venga tollerato, il latte naturale, che può essere somministrato con tuorlo d'uovo, carne di bue raschiata, ecc.; in seguito poi si daranno alimenti solidi.

(Da una tesi di Claisse (Parigi) fatta sotto la direzione di Gibert e riferita in *Medical Record*, 19 maggio). FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(868) *Uso del fosforo per via ipodermica.* — L'abbonato n. 4425 chiede se possa somministrarsi il fosforo in soluzione oleosa per via ipodermica.

Non ci risulta che venga consigliata la via ipodermica per l'introduzione del fosforo nell'organismo. Tale via è stata invece largamente usata negli animali per lo studio tossicologico sul fosforo, e, sembra, senza inconvenienti. Per tali studî è stato anche introdotto sottocutaneamente il fosforo in sostanza, il quale determinerebbe fatti di reazione da parte del connettivo con tendenza all'incapsulamento. A scopo terapeutico non sapremmo consigliare l'iniezione della soluzione oleosa, trattandosi di rimedio eroico ed infido. Quando si volesse tentarla, occorrerebbe usare estrema prudenza, incominciando con dosi piccolissime. *ini.*

(869) *Per la distruzione delle mosche.* — Al dott. T. A., abbonato n. 532:

Probabilmente la proporzione di formalina indicata è troppo forte e le mosche ne rifuggono. Provi con la miscela seguente: formalina parti 15, latte 25, acqua leggermente zuccherata 60 (in volume o in peso). È opportuno mettere la detta miscela in strato sottile sopra un piatto, o aspergerne dei pezzi di carta, distribuiti qua e là nell'ambiente. I. P.

(870) Al prof. E. Guarnaccia, Catania:

Il lavoro del Krönig fu pubblicato nel *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1889, n. 37, col titolo: « La topografia degli apici polmonari e la loro percussione ». Il Fränkel però rivendica al Seitz ed al Ziemssen (1883) la priorità del metodo. Nel 1902 il Krönig sulla *Medizinische Woch.* ha di nuovo esposto i principii del metodo, a cui dedicò una monografia nel 1907 nella *Deutsche Klinik* (tradotta in italiano - Società libraria, Milano).

Il Goldscheider, *Ber. Klin. Woch.*, 1907, n. 40, ne espone tutta la letteratura in proposito.

P. ALESSANDRINI.

I quesiti pel « Doctor Justitia » e le domande per la « Posta degli abbonati » non debbono essere scritti mai cumulativamente o con altre richieste, ma su distinti e separati foglietti.

Tanto gli uni quanto le altre debbono portare sempre per esteso la firma dell'abbonato. Soltanto sul giornale, potranno essere, su richiesta, contraddistinte con le iniziali o con pseudonimi oppure col numero del proprio abbonamento, il quale però dovrà essere sempre indicato giustamente.

Le domande anonime saranno cestinate.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(*Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione*)

Dott. D. GIORDANO. *Chirurgia in tempo di guerra.* Un vol. in-8° di 174 pag. Unione tip.-editrice torinese. Prezzo L. 4.

Chirurgia in tempo di guerra ha intitolato il prof. Giordano queste conferenze da lui tenute agli ufficiali medici nello Spedale principale di Venezia, osservando giustamente che non esiste un vallo separante una chirurgia civile da altra militare, ma come una sola la *chirurgia*, tiene in riserva i suoi presidî per l'uomo malato o ferito, così in pace come in guerra.

Le conferenze, condite con attico sale, trattano degli argomenti che più possono interessare il chirurgo che presta la sua opera ai soldati, sia dal lato tecnico, sia nei rapporti medico-legali (mutilazioni dolose, rifiuto di sottomettersi a cure).

Quasi inspirandosi all'oraziano *multa renascentur*, l'A. dimostra che molti procedimenti gabellati come ultime novità erano stati usati dagli antichi, ed « a costo di passare per impenitente amatore dei nomi che si addolciscono in vocale, quando altri si arresta ammirato o contento a quelli che s'induriscono in consonante », mette in rilievo la sagacia e l'equilibrato giudizio dei nostri vecchi chirurghi italiani, il Dalla Croce, l'Assalini, il Larghi.

INDEX.

Prof. dott. VITTORIO DE CIGNA. *Annotazioni di chirurgia alla fronte.* Napoli, Casa Idelson, piazza Oberdan, 15 - 1917.

Ho letto quasi tutte, se non tutte, le monografie sulla chirurgia di guerra, ma nessuna mi ha impressionato più di quella scritta dal maggiore medico prof. De-Cigna per la semplicità e per il fatto che ricorda, con geniale sintesi, tutte le lesioni, dalle più insignificanti alle più gravi, dando quei precetti pratici, che si ha il diritto di suggerire quando, come lui, si è vissuto, per oltre due anni, a contatto dei nostri gloriosi feriti.

La sua, quindi, è una chirurgia tutta speciale, come infatti lo è quella di guerra; è una chirurgia vissuta, è la risultante di una vasta esperienza tutta personale, che può avere solamente colui che con i feriti ha vissuto e per i feriti ha lavorato con amore ed abnegazione.

Dopo una rapida sintesi su i concetti moderni di chirurgia, egli passa in rivista tutte le più svariate lesioni, dalle superficiali alle profonde, descrivendone le speciali caratteristiche, con un ordine ed una esattezza veramente mirabili.

Egli, otoiatra, ha fatto uno studio speciale

sulle autolesioni in genere, portandovi un contributo non indifferente.

Leggendo la sua monografia, si ha l'impressione che non sia stata punto compilata da uno specialista, ma da un chirurgo generale che della chirurgia abbia fatto il suo ideale — professando quelle idee di chirurgia conservativa, che, senza dubbio, rappresentano la migliore caratteristica dell'operatore moderno.

Il lavoro, quindi, del maggiore De-Cigna sarà molto utile a tutti coloro che hanno l'onore di mettere a vantaggio dei nostri valorosi soldati feriti, la propria energia ed abilità.

Zona di guerra, agosto 1917.

Prof. TEMISTOCLE LAURENTI, cap. med.

La pratique de la chirurgie de guerre aux armées. Un vol. in-8° di oltre 500 pag. con fig. Vigot Frères ed., Parigi. Prezzo L. 10.

Come giustamente dice nella prefazione il generale medico dott. Nimier, la guerra attuale deve venir considerata come una scuola maravigliosa di chirurgia, in cui l'esperienza già acquistata si è dimostrata insufficiente, ed è stato necessario perfezionarla con l'attenta osservazione clinica, e col sussidio degli esami di laboratorio. Il volume in questione, pubblicato sotto la direzione di E. Foisy, riunisce i dati di questa esperienza sotto forma di conferenze, in cui non si ricerca la documentazione bibliografica, ma la precisione ed il lato pratico, passando in rivista le principali lesioni e studiandole sopratutto dal punto di vista terapeutico.

Vengono così trattate l'evoluzione anatomica e batteriologica delle ferite da guerra, la gangrena gazosa, il tetano, le diverse ferite secondo le regioni (parti molli, articolazioni, torace, addome, vasi, ecc.), l'amputazione in chirurgia di guerra, ecc. L'esperienza vissuta e lo scopo pratico dominano in tutte le conferenze. Nel trattamento della ferita viene fatta larga parte al metodo dell'irrigazione. *ini.*

V. SAVIOZZI. Ospedaletto da campo n. 08. I. *Resoconto clinico-statistico* (27 giugno 1915-31 gennaio 1916). Vicenza, 1916, L. 20. — II. *Resoconto clinico-statistico* (16 maggio 1916-30 novembre 1916). Ibid., 1917, L. 30.

Questa immane guerra è stata una grande scuola di chirurgia ed ha rivelato, ponendole d'un tratto in alta estimazione, giovanili ed ardite energie di operatori. Uno di questi è il Saviozzi, che trovandosi ad avere una ottima preparazione lontana, ospedaliera e clinica, ha potuto disimpegnare il suo còmpito di chirurgo in prima linea con tutto il corredo di sapere moderno nella diagnostica e nella tecnica.

Di ciò faceva fede indubbia già il primo rendiconto, analizzato in queste colonne. Anche in questo secondo, dalla veste tipografica egualmente sontuosa, la materia abbonda, poichè non si tratta di una relazione schematica e arida, ma di una collana di casi clinici che parlano un linguaggio grandemente istruttivo, qualunque sia l'esito dell'intervento operativo; all'esposto metodico e particolareggiato si aggiungono sobri commenti dottrinali, che trattano delle più importanti questioni della moderna chirurgia.

Gli argomenti più importanti discussi sono: ferite d'arma da fuoco del cranio e del cervello (39 osservazioni), con considerazioni sulla tecnica usata nelle craniectomie; ferite del seno longitudinale superiore; ferite d'arma da fuoco penetranti del torace (109 osservazioni), di cui alcune toraco-addominali; ferite penetranti dell'addome da arma da fuoco (80 casi), capitoli accompagnati da interessanti schemi e da copiosi giudizi semeiotici e pratici, quali suggeriscono temi così discussi e ardui; 8 casi di ferite del midollo spinale; le lesioni degli organi genito-urinari sono divise in 7 dei reni, 4 della vescica, 2 dell'uretra, 2 dei testicoli. Quanto alle lesioni dell'apparato circolatorio, non fu osservato nessun caso di ferita del cuore, si ebbe leso il pericardio due volte, 14 lesioni vasali degli arti (arto superiore 6, inferiore 8), un caso di usura della linguale.

La cifra delle operazioni demolitrici (14 casi, di cui 5 appartenenti al braccio, 9 all'arto inferiore) è da considerarsi esigua, se si tiene conto che oltre 2300 furono i ricoverati durante il periodo maggio-novembre 1916, epoca dell'offensiva austriaca e della nostra contro-offensiva nel Trentino.

Un ultimo capitolo tratta in modo sintetico e lucido della *vexata quaestio* delle infezioni delle ferite e la loro terapia con i numerosi (fin troppo numerosi) preparati recenti... o antichi sotto paludamento di moda.

Dei grafici, delle curve statistiche e delle nitide fotografie chiudono il volume che onora la chirurgia italiana.

G. BILANCIONI.

VARIA.

Per evitare gli avvelenamenti da sublimato. — Il dott. Celso Moscatelli di Reggio Emilia ha ideato, all'uopo, di associare un emetico alle pasticche di sublimato: così chi ne usa a scopo suicida è costretto a vomitare il veleno, e si eviterebbero gli avvelenamenti accidentali.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

In difesa delle Scuole Mediche Castrensi. (1)

Non l'Università a S. Giorgio di Nogaro ma «Corsi di Medicina e Chirurgia in Zona di Guerra» furono istituiti in principio esclusivamente per non privare del beneficio dell'insegnamento medico-chirurgico gli studenti del 5° anno di medicina, i quali per ragioni militari non eransi potuti mandare alle Università, e che, istruiti da professori universitarii colle precise norme del regolamento di Facoltà, poterono essere poi meglio utilizzati, corrispondentemente ai cresciuti bisogni della Sanità militare, ed all'aumentata loro capacità di assistenza medica.

I risultati della Scuola sia dal lato militare che da quello tecnico superarono ogni aspettativa, come risulta dalle relazioni del direttore di Sanità d'Armata, dell'Intendente Generale dell'Esercito e del Capo-Ufficio del Personale sanitario allora presso il Comando Supremo e l'Intendenza Generale, ora Direttore Generale di Sanità al Ministero della Guerra.

All'Università di Padova furono quest'anno inviati gli studenti del 3° e 4° anno di medicina per aderire al voto di quella Facoltà medica, corrispondente ad analoga proposta fatta quattro mesi innanzi dal Direttore della Scuola di S. Giorgio, per non danneggiare la carriera scolastica dei giovani, con susseguente danno del servizio sanitario civile e militare. Si concedette inoltre che, per opportunità di studio, vi potessero andare anche quei giovani del 5° e 6° anno, i quali per la manchevole loro carriera scolastica non avevano potuto raggiungere il grado di Aspirante medico, mentre che per gli ottimi risultati del precedente corso, 820 aspiranti medici del 5° e del 6° anno furono riuniti a S. Giorgio ed aggregati all'Università di Padova, non già per rimediare a deficienze della Scuola, ma soltanto per legalizzare la loro posizione scolastica e quel titolo accademico che con ogni garanzia di legge avessero potuto raggiungere.

Da quanto risulta dagli atti ufficiali del Senato e da quanto fu pubblicato in periodici scientifici e professionali sulla Scuola, questa, per quanto variamente discussa, pure fu meritamente apprezzata da insigni cultori degli studii superiori universitarii e delle scienze mediche in Italia e fuori.

Non risulta invece che alcuno siasi assunta la responsabilità di dichiarare che non si poteva annullare l'istituzione della Scuola di S. Giorgio perchè *«la rinuncia sarebbe stata la confessione di imprevidenze e di sperperi»*.

(1) In conformità alla nostra consuetudine di dar sempre il più ampio e libero svolgimento ad ogni questione, pubblichiamo volentieri questa *difesa delle scuole mediche castrensi,* malgrado non abbiamo avuto mai troppo entusiasmo per dette scuole e malgrado nella sua ultima parte essa si allontani dalla serenità e dalla misura che il *Policlinico* predilige. (*Nota della redazione*).

Nessun autorevole uomo politico è venuto espressamente per studiare il funzionamento della Scuola, se si eccettua S. E. il Sottosegretario alla P. I., il quale si espresse in termini del tutto contrarii a quelli affermati nell'articolo, e dalla visita fatta prima del principiare dei corsi e poi a corsi iniziati, non ebbe motivo di suggerire alcuna modificazione d'indirizzo scolastico nè di osservare deficienza di mezzi o proporre diversità di ordinamenti didattici.

È falsa l'asserita *«sovrapposizione dell'elemento militaresco al tempio della libera scienza, la trasformazione della Scuola in caserma»*. Il Ministero della Pubblica Istruzione fu lasciato libero completamente di scegliere gli insegnanti e di ordinare gli studii come avesse meglio creduto. Il Comando Supremo e l'Intendenza Generale dell'Esercito non fecero che aderire ad ogni richiesta loro rivolta per fornire personale, mezzi ed ambienti atti all'insegnamento, lasciando del tutto arbitri gli insegnanti nella loro funzione. La Scuola si regolò liberamente seguendo nel modo più rigoroso i regolamenti delle Facoltà mediche e delle Scuole Universitarie del Regno. È anzi per questo che un giornale straniero la dichiarava un confortante fenomeno della iniziativa borghese per rendere l'Armata in guerra sempre più grande.

Non si sa che cosa sia stato pubblicato in tutte le Riviste nostre e straniere, ma era ben noto dalla stessa relazione ufficiale pubblicata per l'anno 1916, che le lezioni erano impartite dalle 7.30' alle 12 e dalle 14 alle 16 e che dalle 16 alle 18 avevano luogo gli esercizii clinici, con due periodi di libera uscita dalle 12 alle 14 e dalle 18 alle 20.

Alla domenica non vi erano lezioni se non di qualche materia del primo quadriennio, per aderire al desiderio di maggiore aiuto di quegli studenti che avevano da dare esami su materie arretrate.

Dalle 20 alle 22.30 vi era studio camerale. Che gli orarii non fossero eccessivamente gravosi, si può facilmente dedurre dal fatto che parecchi studenti richiesero di prolungare lo studio della sera sino alle 23.30' e fu loro concesso; sarebbe poi stato per lo meno assai strano che si fosse negata la frequenza allo studio, alle cliniche ed ai laboratorii a quelli studenti che l'avessero preferita alla libera uscita.

Che lo scopo della Scuola sia stato anche quello di fornire possibilmente di laureati i reggimenti, è vero ed è anche sommamente lodevole, perchè nell'interesse dei combattenti, i quali in altri eserciti sono, per la penuria di personale sanitario, affidati nei battaglioni a semplici infermieri.

Gli *«esempi pieni di sapore piccante ma poco edificanti»*, ai quali accenna l'articolo, non possono riguardare la Scuola di San Giorgio di Nogaro. Infatti l'attività didattica dei professori veramente benemeriti e dedicatisi di continuo ed esclusivamente all'istruzione dei giovani, il disciplinamento degli studenti ed il rigore degli esami

dativi dimostrano l'infondatezza e peggio la scorrettezza dell'affermazione che questa Scuola sia *«un errore che costa moltissimo allo Stato e che si riverbera sinistramente sulla cultura e sul benessere avvenire della Nazione».*

A provare la serietà ed un po' anche la severità degli esami basta considerare che nella sessione di gennaio gli studenti iscrittisi sopra 3943 esami, non ne superarono che 2629, e che dei 611 iscritti al 6° anno, soltanto 467 completarono gli esami speciali per presentarsi a quello di laurea, che sostennero tutti con onore davanti a Commissioni, membri delle quali erano professori di quasi tutte le Università del Regno.

Ed è obbligo aggiungere che se gli studenti avevano un così gran numero di esami arretrati da non poterli assolvere coscienziosamente tutti, ciò si dovette in massima parte non alla scarsa volontà di studiare dei giovani, ma al fatto che per due anni consecutivi essi avevano dovuto lasciare incompiuti i corsi scolastici per andare subito a compiere un ben più grave ed imperioso dovere fra i combattenti.

Chi ha assistito agli esami finali in S. Giorgio, ha avuto motivo di vero compiacimento e questo è stato provato anche agli esami di laurea, i quali hanno dimostrato negli allievi una preparazione, che parecchi Commissarii durante e dopo le sedute confessarono apertamente che non avrebbero prima creduta possibile in tanto eccezionali condizioni di studio.

Severità maggiore che non in qualche Università fu detta da non pochi studenti, i quali tuttavia nella loro fierezza ne furono soddisfatti per la dignità con la quale acquistaronsi la promozione scolastica o il tanto sospirato titolo accademico.

Non risulta provato che fra i laureati della Scuola di S. Giorgio vi siano stati studenti che da molto tempo avessero abbandonato gli studi per darsi ad altre professioni, all'industria od all'arte, giacchè non vi furono ammessi che studenti iscritti alle varie Università del Regno. È vero invece che nell'ambiente sereno e disciplinato di S. Giorgio non pochi giovani d'intelligenza aperta ma un po' sviati dallo studio, trovarono un'ancora di salvezza, non per laurearsi dopo 4 mesi, bensì per rimettersi con fatica, ma con intima soddisfazione e con rinnovata fede, sulla via di una lodevole carriera scolastica, che, così continuando, sentono che potranno onorevolmente completare più o meno presto e per sola virtù propria con successo, donde tutta la più profonda loro riconoscenza verso la Scuola.

Che *lodare l'efficacia delle nuovissime scuole sia dichiarare implicitamente la bancarotta delle nostre Università ufficiali* è inesatto, giacchè insegnanti, materie, mezzi d'insegnamento, regolamenti di studio ecc., furono esattamente quelli delle Università del Regno. Non vi fu che differenza di sede transitoria e di disciplina, in conformità alle tanto diverse condizioni del momento.

Si può essere sicuri invece che la messe tanto considerevole di fatti raccolti anche nel semplice campo dell'attuale ordinamento scolastico universitario, potrà dar luogo ad utilissime osservazioni tutt'altro che trascurabili da chi abbia a cuore veramente l'interesse degli studii superiori di medicina.

Ed è perciò che il Ministro della Guerra, non avendo da difendere in Senato *«un criminoso aborto»* ma un organismo sano e vitale per sè stesso, non ebbe bisogno di speciali corazzature e tanto meno di gonfiature per proteggerlo dalla violenza delle offese, le quali, abbattute così facilmente in quell'alta Sede da uomini che degli studii superiori avevano tanto maggiore competenza, non richiesero da parte del Ministro inutile abbondanza e più calorosa esposizione di argomenti persuasivi.

Il giudizio delle Missioni straniere fu esattamente quello riportato da S. E., mentre non è esatto il dire non essersi tentato di fare altrettanto in altri Paesi. È vero invece che ad un deputato, il quale anche recentemente l'interpellava interessandolo ad istituire delle Scuole di Medicina e Chirurgia in vicinanza della fronte, il Ministro della Guerra di un Paese alleato rispondeva che esigenze militari imponevano a tutti i richiamati di rimanere al loro posto e che soltanto per i laureandi in medicina si sarebbe concesso un periodo di licenza di due mesi per presentare la tesi di dottorato.

Sarà dunque un demerito se da noi si è saputo armonizzare con serietà di studii gli interessi dell'Esercito con quelli degli studenti di medicina e dei futuri bisogni sanitarii del Paese?

Dal lato finanziario l'articolo afferma che *le sole spese d'impianto della Scuola di S. Giorgio salirono a tre milioni e che delle spese di esercizio è meglio non parlarne.* Veramente sarebbe stato più serio non parlare a caso delle une nè tentare d'ingenerare tanto vaghi sospetti sulle altre. L'accusa di sperpero di milioni era già stata fatta l'anno passato, ma da persone venute a vedere fu constatata così ridicola che non se ne parlò più. Ora si ripete l'accusa insussistente, che diviene insidiosa per il momento in cui la si lancia e per l'Ente cui è rivolta. Bastava venire a vedere o sentire persone degne di fede che avessero veduto, od almeno leggere la relazione pubblicata per l'anno passato, per non cadere in un errore così grossolano, che dà subito un'idea della nessuna attendibilità delle supposizioni sulle quali soltanto, e non sui fatti, si basa l'articolo.

In quanto alle spese di esercizio, si sa che i professori di S. Giorgio l'anno scorso non ebbero, nè mai richiesero la benchè minima indennità, e che solo quest'anno, considerati in missione alla Università di Padova, ebbero quella temporanea indennità di trasferta, che sarebbe loro spettata in qualsiasi Università del Regno.

Le spese di esercizio clinico, come si comprende, furono presso che nulle, trattandosi di ospedali preesistenti, numerosi ed ordinatissimi, quali invidierebbero, pur troppo a ragione, non poche delle nostre Cliniche universitarie. Gli studenti non ebbero diverso trattamento da quello spettante al lo-

ro grado, per cui non si riesce ad intuire in che cosa dovessero consistere queste spese di esercizio tanto enormi e così poco giustificabili da esser meglio tacerle.

Se tutte queste accuse lanciate con tanta inconsideratezza, posson aver deposto finora per la poca serietà di chi le ha mosse, assumono invece l'aspetto di una colpa imperdonabile quando chi scrive si permette di ammonire che così: « *si fanno dei laureati che non possono essere all'altezza del nobile ed arduo mandato ora loro commesso* ».

Per fortuna la smentita a questa pretenziosa affermazione, che proprio in questo momento oserebbe insinuare la sfiducia sopra un numero così grande ed eletto di giovani, l'hanno data nel modo più degno i neo-laureati, i quali, da tutti i rapporti informativi individuali che si possiedono sulla loro condotta professionale e militare, hanno dimostrato e dimostrano la grande erroneità del deplorevole asserto.

Molti di essi rivelarono conoscenze ed attitudini tecniche ben superiori a quelle richieste dal proprio grado ed assolsero lodevolmente in momenti difficili a compiti delicatissimi e gravi, che è ben eccezionale, per non dir proprio impossibile, che si presentino in condizioni normali a giovani neolaureati.

Alcuni per queste loro doti già furono proposti a tenenti medici effettivi, e pur troppo non tutti quelli che tanto meritarono per la loro bravura potranno fregiarsi delle distinzioni concesse alla loro capacità ed al loro valore. Due già furono proposti per la medaglia d'oro, alcuni già ebbero ed altri furono ora proposti per la medaglia d'argento e di bronzo, a parecchi fu tributato l'encomio solenne, tutti fecero e fanno con piacere, con coscienza, con abnegazione il proprio dovere; fra essi non pochi furono i feriti e pur troppo anche i morti per dare, armati solo di un esemplare amor umano, l'ultimo conforto della soccorrevole opera propria ai combattenti, coi quali or giacciono in una pace e in una gloria comune nelle fulminate trincee, dove certo non potranno raggiungerli gli insulti del sig. *Pangloss* e dei suoi meno nobili ispiratori.

D.re d. C.

In difesa degli studi medici.

Il 25 settembre, nella sala del Corpo Accademico dell'Università di Napoli, sotto la presidenza del Rettore prof. Marghieri, ebbe luogo una riunione con larghissima rappresentanza di professori ufficiali e di liberi docenti, allo scopo di ottenere dal Governo che gli studenti militari di medicina e chirurgia espletino i loro studii nel proprio Ateneo, invece che nella sola Università di Padova ed a S. Giorgio di Nogaro. Parlarono il Rettore, il prof. Pane, Preside della Facoltà Medico-Chirurgica, l'on. prof. Castellino, e altri rappresentanti della Facoltà medica, il prof. Ria, presidente dell'Associazione dei liberi docenti, i rappresentanti del Consiglio Comunale e dell'Ordine dei Sanitari, ecc. Venne discusso e approvato il seguente ordine del giorno, che fu mandato dal sen. prof. Senise, Presidente del Consiglio Provinciale di Napoli, al Presidente del Consiglio ed ai Ministri della Guerra e della P. I.:

« La Facoltà di Medicina e Chirurgia nei suoi componenti Prof. Ufficiali e Privati Docenti, riuniti in numerosa Assemblea nella sede della R. Università, dopo ampia discussione delibera ad unanimità:

Che S. Eccellenza il Ministro della Pubblica Istruzione, cui spetta la tutela dell'insegnamento universitario per le alte finalità scientifiche e professionali, voglia, con opportuno ed urgente provvedimento, ricondurre le singole Università del Regno nel loro normale funzionamento a riguardo delle discipline di Medicina e Chirurgia, ponendo fine ad una situazione che l'esperienza dimostrò nociva allo studio nei giovani raccolti a San Giorgio di Nogaro e a Padova, senza che vere e giustificate esigenze lo abbiano richiesto.

Ad evitare che un'agitazione si accentui, specie nell'ora presente in cui tutte le energie del Paese devono dedicarsi alla grandezza della Patria, nel sicuro successo delle sue armi, concorrerà senza dubbio il ripristino delle Università nel compito secolarmente loro assegnato nell'interesse della Scienza e del Paese.

La Università sa di potere assumere responsabilità illimitata pel pronto volenteroso ritorno dei giovani al loro posto di Combattimento ad ogni cenno del Comando Supremo ».

L'Ordine dei medici-chirurgi di Napoli ha votato ad unanimità un ordine del giorno col quale, associandosi al deliberato dei professori della facoltà di Medicina e chirurgia della R. Università, e plaudendo all'iniziativa dell'on. prof. Cucca, si chiede che i corsi accelerati di medicina e chirurgia per studenti militari siano tenuti nelle Università del Regno, ove, per la ricchezza dei mezzi a disposizione, possono ottenersi da corsi anche brevi, i più vantaggiosi risultati.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7011) *Servizio necroscopico - Esonero dal servizio militare.* — Dott. L. F. da T. — L'articolo 28 del regolamento generale sanitario tassativamente dichiara che fra i doveri normali del medico condotto è annoverato quello di adempiere al servizio necroscopico, quando questo non sia affidato ad un medico speciale. Poichè in codesto Comune il servizio necroscopico è, come Ella dice, affidato a medico speciale, non può essere conglobato con quello del medico condotto, che non avrebbe, nel caso, il dovere di assumerlo gratuitamente. Oltre a ciò, è evidente che Ella ha una nomina ed un lunghissimo possesso di stato che non può essere d'un tratto soppresso o disconosciuto dalla amministrazione municipale. Quanto Ella teme non può, pertanto, a nostro avviso verificarsi. Gli esoneri dei medici condotti sono fatti sempre a seguito di proposta del Sindaco, che deve mostrare i motivi per cui ritenga la loro opera indispensabile della assistenza sanitaria civile. Ella, quindi, non potrebbe chiedere da sè di essere esonerato. Fra un medico che eserciti il solo compito di ufficiale sanitario ed un altro che esercita la condotta, sembraci più meritevole di esonero quest'ultimo non ostante sia più giovane di età e conti numero minore di anni di servizio.

(7012) *Trattamento economico dei medici condotti chiamati sotto le armi.* — Dott. A. S. da P. — Le norme emesse dal Ministero del Tesoro per il trattamento economico degli impiegati chiamati sotto le armi in data 25 agosto 1916, stabiliscono nello articolo 8 le competenze da corrispondersi, a seconda dei casi, al personale avventizio. Detto articolo e conseguenti compensi, riferisconsi, però, al personale governativo e non a quello dipendente dalle amministrazioni municipali. Di tal che, se queste aveano già inserito nei proprii regolamenti disposizioni analoghe, esse non perdevano mai la propria qualità e fisonomia di disposizioni inserite nei regolamenti locali per gli impiegati e salariati allo effetto di lenire il cambiamento nelle condizioni economiche di ciascuno di essi per effetto della chiamata sotto le armi. E poichè in virtù del disposto dello articolo 4 del D. L. 31 agosto 1915, n. 1420, furono sospese tutte le disposizioni contenute sull'argomento nei regolamenti locali contrarie alle norme da esso portate, è evidente che anche quelle eventualmente in vigore costà hanno ora perduto ogni efficacia e valore. Facciamo rilevare che l'articolo 2 del R. Decreto-legge del 13 maggio 1915, n. 620, riflette gli impiegati dello Stato e non quelli dei Comuni o delle Provincie e che il precitato D. L. del 31 agosto applica a favore di questi ultimi impiegati il disposto del D. 11 luglio 1915, n. 1064 e non quello del D. Legge 13 maggio 1915, n. 620.

(7013) *Esercizio abusivo dell'arte salutare - Operazioni chirurgiche permesse alle levatrici.* — Sig. Dott. abbonato 7975. — Nessuno, che non sia laureato in medicina e chirurgia, può, ancorchè col permesso e con l'autorizzazione del medico, praticare iniezioni ipodermiche. I contravventori sono puniti con la multa non minore di lire 100 a mente del disposto dallo articolo 53 del vigente testo unico delle leggi sanitarie. Nessuna legge o regolamento permette alle levatrici di praticare iniezioni ipodermiche dietro ordine del medico. Nessuna deroga a tale principio è stata ammessa nemmeno negli attuali momenti. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4531:

Se l'esonero gli fosse revocato il collega verrebbe arruolato subito come militare di truppa laureato in medicina e chirurgia e dovrebbe allora far domanda di nomina ad ufficiale di M. T. o di Complemento.

Avendo sei anni di laurea e di comprovato esercizio professionale, se nominato ufficiale di complemento avrà la nomina di tenente.

All'abb. 3921:

Per ora la rivisita concerne solo i militari di truppa riformati.

Il collega che è un ufficiale collocato in congedo per riforma ne è escluso.

Al dott. L. M. da C.:

La revoca dell'esonero deve essere richiesta non dal medico, ma dall'autorità prefettizia.

Circa la situazione finanziaria che verrebbe a costiuirsi se l'esonero fosse tolto risulterebbe appunto dalla somma dello stipendio iniziale e delle due indennità.

All'abb. n. 7076:

Nel ruolo di complemento, *non essendo i medici considerati come arma combattente*, non è ammessa la promozione dal grado di capitano a quello di maggiore per anzianità.

Il collega potrebbe esser proposto *per titoli*, soltanto.

L'esonero deve esser richiesto dall'autorità prefettizia.

All'abb. n. 3525:

Nella riserva, ottenute le due promozioni che il collega dice di aver già conseguite, non si può ottenere una terza promozione se non si è proposti per l'art. 5. Circ. 752-1916 (distinzione speciale).

Non si può esser trasferiti dal ruolo di riserva a quello di complemento di milizia territoriale.

Alla sig.a F. D. P. da S. M. Z.:

Già si è ripetutamente detto che nessuna disposizione ha dato ancora il Ministero per l'avvicendamento dei medici della classe del '78.

Vige sempre il principio dell'avvicendamento per quelli che hanno compiuto i 40 anni e sono stati *anche in più riprese* per 12 mesi al fronte.

All'abb. n. 4625:

Se al collega spettava di diritto una anzianità anteriore, può chiedere nell'eventualità di un prossimo avanzamento che venga considerato tale suo diritto.

Per le promozioni del personale della Croce Rossa si stampa, per cura della Benemerita Associazione, un apposito bollettino.

Al prof. R. I. da N.:

Appartenendo al *ruolo di complemento speciale* che ha ottenuto il proprio grado per titoli non può ottenere una ulteriore promozione che per l'acquisto ai nuovi titoli che ad essa diano diritto, oppure perchè proposto per meriti eccezionali (art. 13).

Le promozioni per anzianità nel suo ruolo non esistono nè in zona territoriale, nè in quella di guerra.

All'abb. n. 8622:

Il collega sarà probabilmente riformato nuovamente, date le malattie dalle quali è affetto.

Comunque certo non potrà essere inviato ai servizii di prima linea. L'esonero deve essere richiesto dall'autorità prefettizia che sola è competente a giudicare in proposito.

Dopo visitato a Firenze, sarà, anche se fosse dichiarato idoneo, lasciato in libertà fino al momento della chiamata della classe.

All'abb. n. 6670:

Gli ufficiali di milizia territoriale dichiarati non idonei ai servizii mobilitati, debbono, per essere promossi, venir trasferiti nella Riserva.

Al dott. A. A. S., Zona di Guerra:

Nessun decreto luogotenenziale stabilisce l'avvicendamento dopo sei o più mesi di permanenza in prima linea. Per il passaggio nel ruolo degli effettivi non occorre nè permanenza in zona di guerra, nè in prima linea, ma bisogna aver meno di 32 anni di età e presentare la regolare domanda al Ministero, corredata dai titoli ed accompagnata dal parere sull'attitudine al servizio delle Autorità militari dalle quali l'ufficiale dipende.

Naturalmente la presentazione delle domande è subordinata all'apertura di un concorso per n. x posti di tenente medico in servizio attivo permanente, concorso che, presumibilmente, sarà bandito fra breve tempo.

Al dott. T. V. da R. C.:

Non potrà esser promosso capitano se non dopo che sarà stato riconosciuto abile a servizio incondizionato. Naturalmente durante il periodo di inabilità il collega è soggetto ad essere sorpassato nelle promozioni da tutti quelli cui tali promozioni spettano per diritto, nè può riacquistare i posti così perduti.

Trascorsi i sei mesi di inidoneità dovrà esser di nuovo visitato, per poter accertare il recupero o meno dell'idoneità completa.

All'abb. n. 7389:

Si è già più volte detto che l'avvicendamento tra servizii di prima linea e servizii di retrovia non può essere disciplinato da norme generali Ministeriali come l'avvicendamento tra zona di guerra e zona territoriale.

È quindi lasciato al criterio ed al buon senso dei Direttori di Sanità di armata e di Corpo d'armata che hanno fra le altre mansioni anche quella di avvicendare il proprio personale dai servizii più faticosi ed esposti a quelli meno, e viceversa.

Al dott. A. T. da I.:

Solo gli ufficiali medici dell'Esercito sono dispensati dal presentarsi alla chiamata per la rivisita.

Gli ufficiali della Croce Rossa sono a tale effetto considerati come i militari di truppa e debbono quindi presentarsi a Firenze.

All'abb. n. 1437:

È probabile che il Ministero vi provvederà aumentando l'avvicendamento ed estendendolo a classi meno anziane.

All'abb. n. 8630:

Ulteriori disposizioni stabiliscono ora che i medici visitati a Firenze non saranno di lì inviati in zona di guerra, ma messi in libertà appena visitati e restituiti alle loro case, in attesa della chiamata.

All'abb. n. 4322:

Le disposizioni riguardanti i nastrini da portarsi sulla giubba, siano essi commemorativi, o di ricompensa o di onorificienza, vennero pubblicate, volta per volta, dal *Giornale Militare Ufficiale;* però non sono riunite in un solo fascicolo.

Al dott. A. D. da T.:

Si è già detto ripetutamente che la presente chiamata a revisione dei riformati riguarda i militari laureati e non gli ufficiali. Il collega non è quindi tenuto a rispondere.

M. G.

Avvertiamo i colleghi che non possiamo dar esito privatamente ai quesiti da essi formulati; epperò li preghiamo di astenersi dall'acchiudere nelle lettere i francobolli per la risposta.

CONDOTTE E CONCORSI.

NOTIZIE DIVERSE

Per la Patria.

Hanno immolato la vita per la Patria i dottori:

RIVA AUGUSTO, sottotenente medico, da Fornovo Taro (Parma);

ROSSI ARTURO, capitano medico, da Genova, decorato di tre medaglie al valore, caduto nel Trentino;

WIRESPEARE barone GIOVANNI, sottotenente medico, da Firenze, decorato di due medaglie al valore, colpito da una palletta di «shrapnel» mentre si recava a raccogliere e curare sulla linea del fuoco un ufficiale superiore ferito;

MAZZUCCHI CARLO, tenente medico;

AMEDEO PASQUALE, sottotenente medico da Cava dei Tirreni;

lo studente in medicina DAL FIUME LINO, da Badia Polesine (Rovigo), inscritto nella R. Università di Padova.

La Conferenza pro-prigionieri delle Croci Rosse neutrali.

Una Conferenza delle Croci Rosse degli Stati neutrali, convocata a Ginevra dal Comitato internazionale della Croce Rossa, si è adunata nei giorni 13-15 settembre presso l'Ateneo ginevrino, entro la sala stessa ove nel 1863 venne fondata la benemerita istituzione internazionale. In sostituzione di Ador, chiamato al governo della Svizzera, ha presieduto la conferenza Naville.

Le Croci Rosse danese, olandese, norvegese, svedese, svizzera e spagnuola, nonchè l'agenzia per i prigionieri (istituzione personale del Re di Spagna), sono state rappresentate ciascuna da parecchi delegati.

La conferenza ha avuto luogo in forma strettamente privata, ed ha preso le sue deliberazioni a porte chiuse. Ha esaminato i miglioramenti che possono essere portati nelle condizioni di vita dei prigionieri di guerra, dei civili internati o deportati e degli abitanti dei paesi occupati, ed ha emesso le decisioni ed i voti seguenti, il cui testo sarà inviato ai vari Governi.

Allorchè le Croci Rosse neutrali non possano esercitare un'efficace sorveglianza, i Governi neutri ed i rappresentanti dei belligeranti presso le Ambasciate o Legazioni e un numero sufficiente di delegati scelti liberamente dai loro Governi siano autorizzati a visitare i prigionieri dovunque si trovino. La reciprocità fra i belligeranti dovrebbe essere completa. Le visite delle Commissioni mediche per la designazione dei candidati al rimpatrio o all'internamento siano più frequenti. I Governi rinunzino alle misure di rappresaglie sui prigionieri di guerra o per lo meno non le mettano in effetto che quattro settimane dopo la notifica al Governo interessato, affinchè nel frattempo i motivi possano venire controllati. La Conferenza incarica il Comitato internazionale di rivolgere un urgente appello alla Croce Rossa americana per ottenere l'invio di viveri ai prigionieri dell'Intesa negli Imperi centrali. I viveri sarebbero sotto il controllo dei delegati delle Croci Rosse neutrali e diretti nelle regioni in cui l'alimentazione dei prigionieri è insufficiente. Tutto ciò non deve in alcun modo diminuire la responsabilità e i doveri imposti dalla Convenzione dell'Aia ai Governi per l'alimentazione dei prigionieri. La Conferenza chiede poi ai Governi belligeranti di concedere la realizzazione pronta e larga quanto possibile del rimpatrio dei prigionieri validi che abbiano subita una lunga prigionia, a condizione che non siano rinviati alla fronte. Lo scambio di intere categorie deve essere preferito allo scambio individuale. Chiede inoltre che si ottenga dai Governi il miglioramento della sorte dei civili e il rimpatrio di tutti gli internati civili, al più presto possibile. Domanda ai Governi belligeranti l'autorizzazione ad importare nei paesi neutrali ed esportare materiale sanitario manufatturato, necessario alla cura dei feriti e dei malati di guerra, in quanto tale materiale non sia utilizzabile per scopi di guerra. La Conferenza chiede, infine, salvo il caso di forza maggiore, di limitare le deportazioni ai soli uomini atti a portare le armi.

La Croce Rossa Americana in Italia.

Come avevamo annunziato, una missione della Croce Rossa Americana ha visitato gli ospedali territoriali e della zona di guerra retti dalla Croce Rossa Italiana, allo scopo di apprestare il concorso degli Stati Uniti.

Ad una colazione di guerra offerta in Roma dalla Direzione della C. R. I. alla missione americana, presenti alte personalità politiche e sanitarie, parlarono il presidente della C. R. I. conte della Somaglia, il capo della missione americana ten. colonnello Bekel, l'on. Ciraolo, l'ambasciatore degli Stati Uniti Nelson Page e il comm. Poggi.

I discorsi furono improntati a schietta cordialità e inneggiarono al trionfo degli ideali sacri di libertà e giustizia per cui gli Alleati combattono e al sentimento nobile di carità che anima la Croce Rossa.

Una sotto-commissione sanitaria americana, inviata fra noi dalla Croce Rossa degli Stati Uniti, ha visitato specialmente gli ospedali della Sicilia, accolta e accompagnata dagli ufficiali superiori della nostra Sanità militare.

Essa constatò l'ottima organizzazione d'ogni nostro Servizio.

Condizioni sanitarie dell'esercito d'Oriente.

Il sottosegretario di Stato dei servizi sanitari in Francia, onorevole Godart, in una intervista concessa al suo ritorno da Salonicco, ha riferito intorno alle condizioni sanitarie dell'esercito d'Oriente, del quale fanno parte — come è noto — numerose nostre truppe. La più energica lotta è stata condotta contro la malaria, con parecchi mezzi e tracciando nuove strade in zone salubri, in sostituzione di quelle che attraversavano o costeggiavano paludi e stagni, petrolizzando o disseccando questi ultimi e praticando con estrema scrupolosità la chinizzazione delle truppe e della popolazione civile, fino al punto da ricercare mediante esami di urine, ecc., i contravventori a tale disposizione. I risultati ottenuti sono molto soddisfacenti: nel trimestre giugno-agosto or decorso i casi primitivi di malaria sono stati in numero dieci volte minore che nel corrispondente periodo dell'anno precedente, ed anche molto meno gravi. I casi di recidiva sono stati naturalmente più numerosi, ma di regola hanno avuto un decorso benigno. Altre malattie infettive sono state del tutto evitate.

Circa la febbre tifoide, se ne sono verificati casi rarissimi. L'on. Godart, nei riguardi delle iniezioni antitifiche e delle reazioni abbastanza energiche che talvolta inducono, ha annunziato che è in via di attuazione un nuovo sistema di iniezioni, con vaccino in veicolo oleoso, che sarebbe molto meno risentito, e richiederebbe una sola inoculazione.

Le tristi condizioni dei nostri prigionieri in Austria.

Un comunicato ufficiale denunziava il cattivo trattamento al quale sono sempre più fatti segno dall'Austria i nostri prigionieri. La loro alimentazione è scarsissima e non corrisponde alle più elementari esigenze dell'igiene; il regime di vita, in campi di concentrazione angusti rispetto alla massa degli ospiti, e di lavoro estenuante e nocivo alla salute,

sono quanto di peggio si possa immaginare. In queste condizioni è evidente che la morbilità e la mortalità debbano essere altissime, specialmente per tubercolosi polmonare.

L'Istituto Sierovaccinoterapico italiano.

Il 27 settembre venne inaugurato solennemente a Napoli l'« Istituto Sierovaccinoterapico Italiano » del prof. Ivo Bandi.

Fra gl'intervenuti erano il Direttore della Sanità, il Prefetto comm. Menzinger, il comm. Agnesa, plenipotenziario alle Colonie, il gen. Di Furia, il Direttore dell'Ospedale di Marina, il prof. comm. Gustavo Ingrosso, assessore delegato del Comune di Napoli, il Sindaco di Livorno, gli on. Grippo, Pietravalle e Porzio, i proff. Cutolo, Anile, Caso, Volpi, ecc.

L'Istituto è destinato a divenire centro di studi biologici, con speciale riguardo alla biologia ed alla igiene coloniale.

Il prof. Bandi ha creato borse di studio annesse alla cattedra d'Igiene coloniale dell'Istituto ed altre ne saranno create per permettere ai batteriologi di altre nazioni di venire a completare i loro studi nell'Istituto. Questo, mettendosi in rapporto continuo e fattivo con le analoghe istituzioni di tutto il mondo, potrà assicurare a tutti gli interessati, scienziati e profani, la piena conoscenza della vita coloniale e delle relative condizioni d'ambiente, di clima e di patologia.

Installazioni ospedaliere francesi per i rimpatriati.

In Francia ai tanti problemi igienico-sanitarii sopravvenuti con la guerra, si è aggiunto quello dell'assistenza medica ai profughi delle regioni invase, rimpatriati attraverso la Svizzera. Ad Evian-les-Bains, ove è la stazione di arrivo, e nelle vicinanze, sono stati già allestiti varii ospedali, della capacità complessiva di 1200 letti, ai quali la Croce Rossa inglese ne ha recentemente aggiunti altri tre, della capacità totale di 300 letti, ed altri si propone di impiantarne la Croce Rossa americana, che ha inviata all'uopo una missione sanitaria sul posto. Con tutto ciò gli ospedali son sempre saturi, a causa dell'altissima morbilità che si verifica tra i profughi, reduci da un regime di gravi privazioni.

Ospedale italiano negli Stati Uniti.

Con l'intento di elevare sempre più il nome italiano negli Stati Uniti e di compiere opera umanitaria a pro delle classi meno abbienti, si è costituita in Brooklyn (S. Uniti) una Società Italiana avente per iscopo di fondare un Ospedale Italiano.

Lo Statuto per la nuova Op. Pia contempla parecchi articoli con le condizioni dei soci, i quali saranno tutti italiani o figli di italiani nati in America. Si avranno soci fondatori e soci effettivi, nonchè soci benemeriti, perpetui e benefattori, i quali potranno essere di qualsiasi nazionalità.

L'iniziativa del nuovo ospedale, opera di nostri egregi colleghi e d'altri insigni connazionali, ha di già incontrato grande favore e non sarà lontano il giorno in cui verrà inaugurato anche a Brooklyn l'Ospedale Italiano ad attestare il fervore di opere che animano gli italiani lungi dalla Patria.

Il programma ospedaliero della Repubblica Argentina.

La fiorente e civilissima repubblica sud-americana ci offre l'esempio della rapida e perfetta attuazione di un vasto programma di assistenza ospedal'era per alienati, tardivi, tubercolotici, infermi di malattie comuni, ecc., dovuto ad una commissione presieduta dal valoroso alienista prof. Domingo Cabred, direttore del grandioso Manicomio di Las Mercedes presso Buenos Ayres. I più recenti della lunga serie sono i due Asili-Colonia, sorti l'uno a Oliva per i pazzi della provincia di Còrdoba, e l'altro a Torres, per i tardivi della provincia di Buenos Ayres. Il costo per letto è stato rispettivamente di 2358 pesos e di 2679 pesos. Il tipo scelto dal Cabred per i due istituti è quello a padiglioni disseminati in ampi parchi.

Conferenze.

Il colonn. medico dott. Bozzi, direttore degli Ospedali di Rovigo, ha tenuto agli Ufficiali di quel presidio una conferenza sul tema « Influenza della Navigazione aerea sul sistema circolatorio ». Ha esposto i rilievi fatti durante una gita di navigazione aerea a bordo di un idrovolante, sollevatosi dalle acque di Sesto Calende, all'altezza di 1500 metri.

Il prof. Claudio Poli, della R. Università di Genova, ha tenuto a Siena una interessante conferenza sul tema « Guerra e tubercolosi ».

Indice alfabetico per materie.

Afta epizootica: i nuovi studi . . . . *Pag.* 1240
Appendicite da infortunio . . . . . . » 1245
Dieta lattea nelle malattie febbrili . . » 1247
Brefotrofi: riforma; l'assistenza materna agli esposti . . . . » 1243
Fermenti lattici . . . . » 1240
Fosforo per via ipodermica . . . . . » 1248
Ipotensione arteriosa nei feriti cavitari dell'addome . . . . » 1238
Medicina legale: segnalazioni personali » 1245
Mosche: distruzione . . . . » 1248
Paratifoidi: sintomatologia . . . . . *Pag.* 1246
Scuole mediche castrensi: in difesa delle — . . . . » 1250
Radiografia stereoscopica nella localizzazione dei proiettili . . . . . . » 1245
Secrezione gastrica: influenza del pneumogastrico . . . . » 1245
Servizi sanitari militari specializzati . » 1233
Sindromi emorragiche infettive castrensi: etiologia . . . . » 1246
Urobilinuria nel tifo addominale . . . » 1246

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, *resp*.

Anno XXIV. *Roma, 14 ottobre 1917* Fasc. 42.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: C. Canestro: Cura delle grandi ferite settiche mediante irrigazione con drenaggio capillare. — **Riviste sintetiche**: M. Serena: La terapia fisica negli esiti delle ferite. — **Osservazioni cliniche**: A. Majoli e F. Paoletti: Sopra un caso di perniciosa malarica a sindrome tetanica. — **Rivendicazioni**: G. Cosco, A. Aguzzi: A proposito di nuovi studi sull'afta epizootica. — **Accademie, Società mediche, Congressi**: Società medico-chirurgica in Modena.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Diabete insipido ed ipofisi. — Guerra e diabete mellito. — Sviluppo genitale precoce con ipernefroma. — TERAPIA: I pericoli della pituitrina nel parto. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: Pangloss: Ancora delle scuole mediche castrensi. — Sulle Consulenze d'Armata. — Cronaca del movimento professionale. — Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

20° OSPEDALE DA CAMPO - ZONA DI GUERRA

Cura delle grandi ferite settiche mediante irrigazione con drenaggio capillare

per il prof. CORRADO CANESTRO,
Capitano medico, docente di patologia chirurgica.

Nelle grandi ferite settiche di guerra le cure che finora hanno avuto miglior successo sono state quelle basate sull'irrigazione continua o intermittente con soluzioni a vario potere antisettico e fra tutte esse la cura di Carrel è quella che ha avuto il massimo trionfo.

Queste ferite quasi sempre sono caratterizzate da una grande anfrattuosità e da una grande distruzione di tessuti. Il chirurgo deve quindi in un primo tempo procedere a sbrigliamenti larghi, profondi, razionali e all'ablazione dei corpi estranei e dei tessuti mortificati, ma per quanto la sua toeletta operatoria sia diligente, egli non può di solito con essa sola eliminare tutti i tessuti destinati alla necrosi, nè asportare tutti i focolari microbici, nè spesso togliere tutti i corpi estranei (minuti fram-

menti di stoffa, di proiettile, terriccio, ecc.). Egli deve perciò far seguire alla pulizia meccanica chirurgica una medicazione atta a completarla nel modo migliore e più rapido. Per ottenere questo scopo i mezzi che si sono finora mostrati più efficaci sono appunto quelli che permettono di applicare in modo continuo o subcontinuo una soluzione a concentrazione costante, la quale irrighi la ferita in tutte le sue anfrattuosità.

Varie furono le soluzioni che vennero adoperate con poteri antimicrobici più o meno grandi. Conviene subito notare che la maggior parte degli antisettici coagulano le albumine delle ferite, uccidendo solo i batteri superficiali, poichè la loro azione coagulante ne limita forzatamente la penetrazione in profondità. Per questo fatto alcuni autori ne hanno addirittura consigliato l'abbandono (Wright e Delbet) e hanno ricorso a soluzioni saline iper- e isotoniche (cloruro di sodio, cloruro di magnesio). Non tutti però gli antisettici sono degli antisettici fissatori pio- e citopexici (come l'alcool, l'etere, il formolo, l'iodio, l'acido fenico, ecc.), ma ne esistono dei dissolventi pio- e citolitici (ipocloriti alcalini, il liquido di Dakin, il clorosol) i quali secondo la nostra esperienza personale, sono quelli che nelle ferite con grave distruzione dei tessuti offrono i migliori requisiti e i migliori effetti. La loro azione dissolvente che è dovuta sopratutto alla soda, che entra nella costituzione dell'ipoclorito e che si esercita specialmente sui tessuti morti rispettando i tessuti viventi, a causa del cloruro di sodio che li protegge, è un'azione a parer nostro di grande importanza per la detersione delle ferite.

Per le nostre irrigazioni noi abbiamo usate ora l'una ora l'altra delle seguenti soluzioni con risultati presso a poco analoghi :

a) soluzione cloro-borica:

carbonato sodico secco (gr. 150) se cristallizzato (gr. 400);

acqua bollita, litri 10;

cloruro di calcio di buona qualità, gr. 20.

Si agita a lungo per effettuare la completa miscela; dopo mezz'ora si decanta la parte chiarificata, si filtra quindi attraverso cotone e nel filtrato si scioglie acido borico gr. 40.

b) soluzione di Dakin-Daufresne;

c) clorosol di Nicola Giannettasio.

Tutte queste soluzioni sebbene abbiano uno scarso potere battericida e possano difficilmente realizzare una vera asepsi della ferita, come del resto succede con tutti gli altri antisettici, hanno però il vantaggio, se usate con irrigazione continua o subcontinua, di detergere in modo rapido la ferita, funzionando come una vera *liscivia chirurgica*. Queste soluzioni a debole potere antibattericida hanno appunto bisogno di rinnovarsi continuamente o quasi per mantenere presso a poco una concentrazione costante in modo da non alterare le loro proprietà. Inoltre perchè la loro azione sia uniforme e ugualmente distribuita a tutta la superficie della ferita è necessario che il liquido si diffonda bene in tutte le anfrattuosità formando ovunque correnti afferenti ed efferenti che impediscano ogni ristagno.

Ora anche col metodo di Carrel questo non viene raggiunto sempre in modo perfetto, perchè i tubi afferenti ed efferenti essendo relativamente pochi le correnti si incanalano in determinate vie, lasciando talvolta punti in cui il liquido rimane quasi stagnante.

Io avendo osservato varie volte questo inconveniente, e vivendo lontano dal mondo scientifico, ho cercato di studiare un mezzo per eliminarlo indipendentemente da quanto possono aver fatto altri a questo scopo.

Ora dopo varii tentativi mi sembra di aver trovato un sistema che credo originale e che per il suo razionale funzionamento, per la sua facile applicabilità e per i suoi risultati terapeutici meriti di essere reso noto.

Il principio informatore delle mie ricerche è stato quello di ottenere un'irrigazione delle ferite per quanto possibile perfetta, in modo da stabilire correnti nelle più svariate direzioni, anche in senso ascendente onde non lasciare *mai* punti di ristagno.

Per il trasporto del liquido io ho abolito i tubi di gomma usati dal Carrel e mi sono servito di fasci di fili di cotone, ossia un comune lucignolo reso idrofilo e sterile.

Già *in vitro* si può osservare, che se si mettono due recipienti contenenti una soluzione di ipoclorito ad un dislivello fra loro di un metro e poi si fanno comunicare mediante i suddetti cordoni filiformi, si vede il liquido passare per forza di capillarità e di gravità dal recipiente superiore all'inferiore con una velocità media di circa 140 cmc. all'ora per ciascun cordone. Questa velocità cresce o cala a seconda che si aumenta o si diminuisce la distanza fra i due recipienti. In tal modo riesce assai facile graduare a volontà il quantitativo del liquido che si vuol far pasare in un dato tempo, sia modificando il dislivello, sia aumentando o diminuendo il numero dei cordoni o del loro spessore.

Inoltre come si può osservare nella fig. 1ª, se in un recipiente (I) si mette una soluzione di ipoclorito, in un secondo recipiente (II) si mette un liquido organico p. es. siero ematico purulento e in un terzo recipiente (III), che dovrà

servire di scarico, si mette un po' d'acqua e poi si fanno comunicare questi tre recipienti coi soliti cordoni di drenaggio si vedrà in breve la soluzione di ipoclorito passare nel 2° recipiente e di qui mescolata col liquido purulento passare nel 3°.

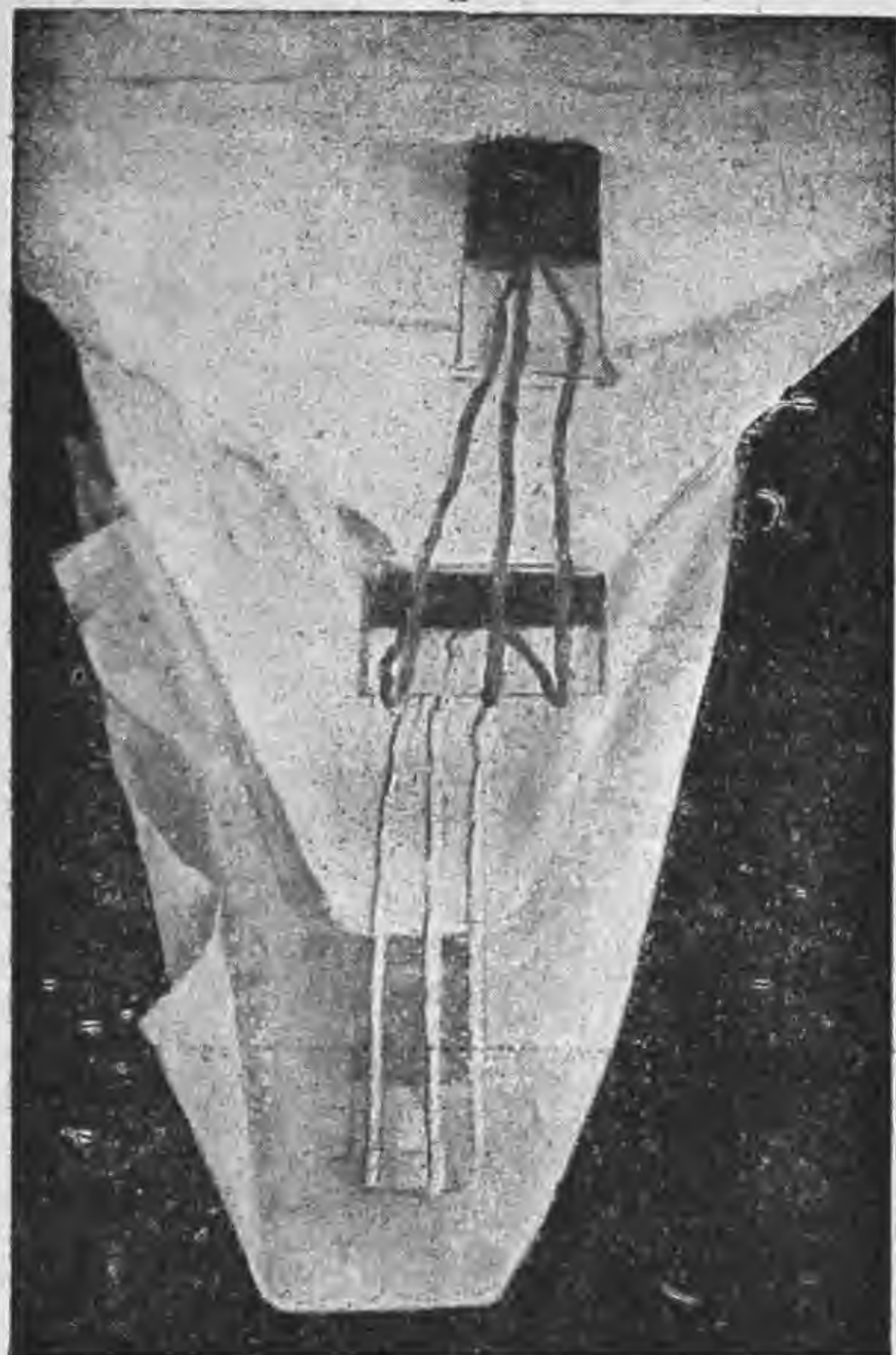



Fig. 1.

In questo modo liquidi organici anche molto corpuscolati e con grande sedimento vengono dopo un certo tempo completamente evacuati.

TECNICA DEL METODO.

Il materiale necessario per questa cura è molto modesto e facile ad aversi in qualsiasi ospedaletto da campo.

Esso consiste in:

1° Cordoni di filo di cotone (il comune lucignolo per lumi ad olio), che molto facilmente si possono acquistare dal commercio. Questi cordoni è necessario renderli idrofili e sterilizzati. Un mezzo molto semplice per renderli sufficientemente idrofili è quello di sottoporli ad una ebullizione prolungata in una soluzione concentrata di carbonato di soda.

2° Vasellina fulva o alba sterilizzata per proteggere la cute dalla macerazione.

3° Cotone non assorbente sterilizzato per ricoprire la medicazione.

4° Garza sterile.

5° Due recipienti, uno per la soluzione antisettica e l'altro per lo scarico.

In linea di massima la medicazione viene eseguita nel modo seguente: il 1° recipiente, cioè quello in cui sta la soluzione boro-clorica viene messo ad un livello superiore a quello della ferita (v. fig. 2ª) in genere basta mezzo metro più alto; il 2° recipiente, quello cioè dello scarico, vien messo ad un livello inferiore, quasi sempre sul pavimento stesso.

Dal 1° recipiente si partono i cordoni filiformi i quali vanno alla ferita, la percorrono in tutte le sue anfrattuosità e poi escono per scendere in basso nel 2° recipiente. In essi si può distinguere una porzione superiore afferente e una porzione inferiore efferente. Se i cordoni non avessero una sufficiente lunghezza per percorrere tutto il tragitto, allora un certo numero di cordoni andrebbe solamente dal 1° recipiente alla ferita e altri cordoni andrebbero dalla ferita al 2° recipiente; i primi avrebbero una funzione afferente e gli altri efferente.

Nel 1° recipiente si mette la soluzione antisettica che dovrà essere sostituita con altra via via che si consuma. Nel 2° recipiente si mette una piccola quantità di liquido tanto per stabilire il sifonaggio e si svuota poi ma non completamente tutte le volte che è ripieno.

La medicazione della ferita resta costituita dall'intrecciarsi di questi cordoni e solo talvolta si potrà aggiungere qualche piccolo stuello di garza. Di solito è bene proteggere la cute circostante con vaselina. Noi a questo scopo immergiamo un foglio di garza in vaselina sterile liquefatta al calore e lo applichiamo sulla cute che attornia la ferita. La medicazione viene poi ricoperta da un cuscinetto formato da uno strato di cotone non assorbente sterilizzato, rivestito da un foglio di garza vaselinata. I cordoni passano ai lati o attraverso questi cuscinetti.

Questo in linea generale. Naturalmente però la tecnica dovrà subire delle piccole modificazioni secondo il tipo delle ferite, che secondo questo punto di vista noi potremo dividere in: 1° ferite transfosse; 2° ferite ad un solo orificio; 3° ferite estese in superficie.

1° Nelle ferite transfosse l'applicazione dei cordoni di drenaggio riesce assai facile. (Vedi fig. 2ª-3ª). L'unica attenzione che dovrà essere usata sarà quella di fare in modo che tutte le anfrattuosità della ferita siano percorse dai cordoni, così che il liquido sia costretto ad irrigare tutta la ferita prima di fuorescire e inoltre osservare che i cordoni non siano in qualche punto troppo compressi così da essere ostacolato il loro funzionamento.

2° Nelle ferite ad un solo orificio:

a) se l'orificio è sulla faccia anteriore la

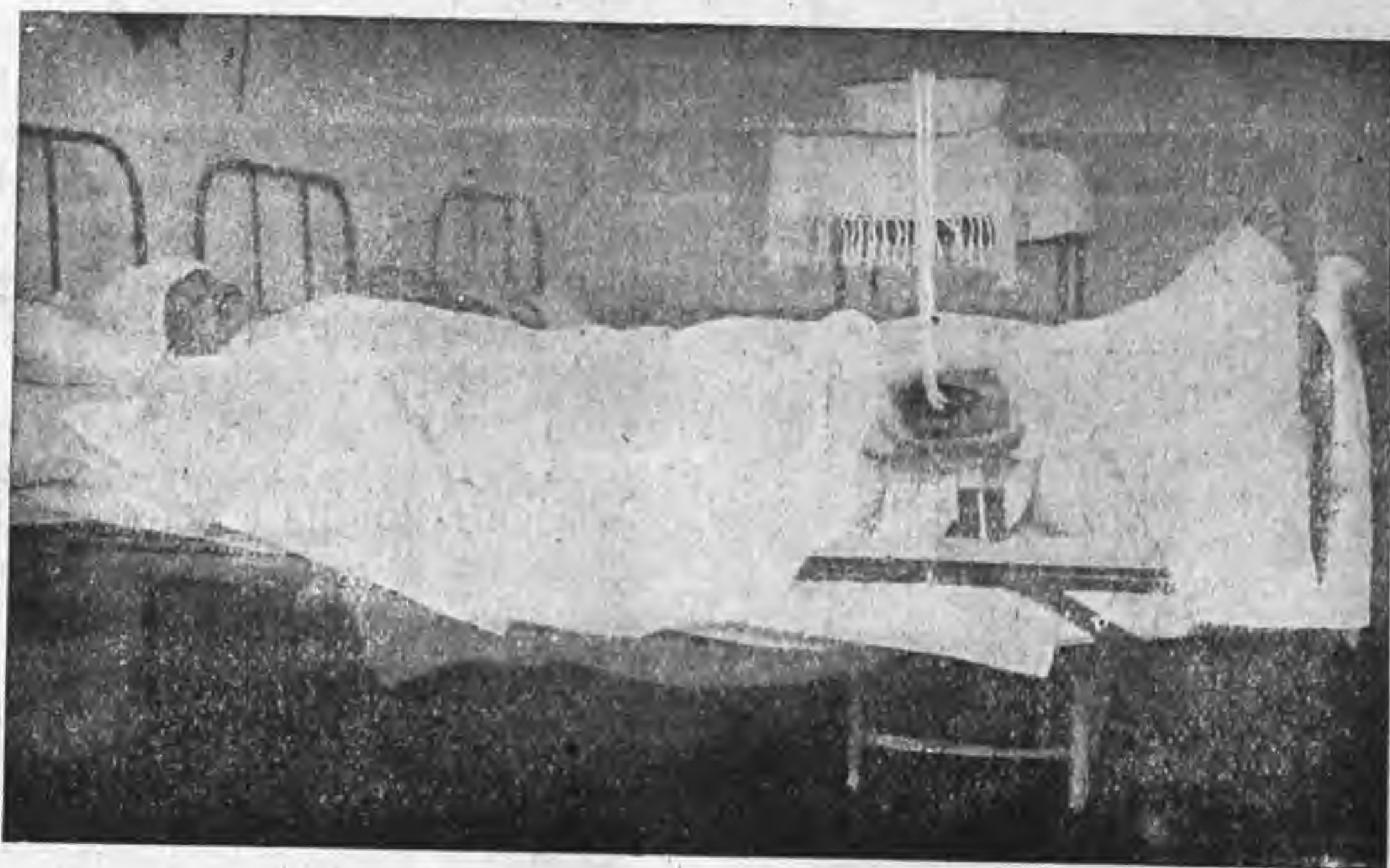



Fig. 2.

disposizione dei cordoni riuscirà molto semplice: basterà che i cordoni sia afferenti che efferenti penetrino sino alle parti più profonde

Fig. 3.

della ferita in modo che il liquido giunga sino in fondo ad essa e non vi ristagni.

In questo tipo di ferita la sterilizzazione riesce facile e rapida;

b) se l'orificio si trova alla faccia posteriore l'applicazione di questo sistema diventa più difficile.

(4)

In questi casi se l'orificio è piuttosto stretto in modo che i tubi afferenti possano essere ostacolati nel loro funzionamento, allora io li sostituisco con un tubo di gomma uso Carrel che arrivi sino alla parte più profonda della ferita, affidando poi tutta l'irrigazione di essa e lo scarico ai cordoni filiformi efferenti.

Se invece l'orificio è molto ampio allora io mediante un cuscinetto di cotone non assorbente rivestito di un foglio di garza vaselinata che

serve nello stesso tempo di sostegno ai cordoni senza comprimerli eccessivamente, trasformo la grande apertura in due più piccole riducendo così la ferita ad un solo grande orificio come una ferita transfossa a due orifici posteriori. Questo quando non è possibile far tenere al paziente un decubito ventrale.

assorbente e protetta la cute circostante con garza imbevuta di vaselina sterile non resta che la sorveglianza del funzionamento la quale potrà essere affidata a un'infermiere pratico.

Questa sorveglianza consiste nell'osservare che il liquido passi attraverso tutti i cordoni, che essi non si spostino e non prendano contatto

Fig. 4.

con le lenzuola in modo da avere disperdimento di liquido e che il recipiente superiore contenga sempre liquido e che l'inferiore venga regolarmente svuotato.

Gli arti per quanto è possibile saranno immobilizzati con apparecchi gessati fenestrati o ad anse. Noi abbiamo vantaggiosamente fatto anche molto uso di apparecchi a trazione combinata ad estensione, come vedesi nella figura 4ª e 5ª.

La ferita verrà di solito medicata ogni 24 ore e i drenaggi verranno cambiati ogni volta o più raramente a seconda dell'abbondanza e della qualità del secreto, del funzionamento dell'irrigazione, del tipo della ferita, ecc.; bisogna naturalmente regolarsi caso per caso.

Cambiando la medicazione sarà bene praticare un buon lavaggio della ferita in modo da togliere tutte le croste o i grumi che potessero essersi formati alla superficie di essa.

La durata dell'irrigazione si prolungherà fino a che la ferita sia completamente detersa e i fenomeni generali completamente scomparsi.

Come si vede si tratta di una medicazione molto semplice, che può essere facilmente praticata anche in un ospedale da campo ed ese-

3° Nelle ferite estese in superficie l'applicazione dei cordoni è facile. Solo talvolta riesce utile circondare la ferita con un cercine, che impedisca lo scolo del liquido nelle parti più declivi. A questo scopo io uso fare un cercine più o meno grosso con cotone non assorbente, che si fa aderire alla cute con striscioline di garza imbevute in una soluzione tiepida di gelatina, zucchero, acqua, e formolo, la quale raffreddandosi si solidifica, aderisce alla cute e resta impermeabile (v. fig. 4ª). Questi cercini foggiati in vario modo possono servire anche in altri tipi di ferite, p. es. fatti ad anello possono riuscire utili nelle ferite degli arti per impedire lo scolo del liquido lungo l'arto e proteggere eventuali apparecchi di immobilizzazione.

Noi abbiamo qui voluto fare una distinzione schematica di questi vari tipi di ferite per esporre alcuni dettagli di tecnica dovuti alla nostra esperienza personale. Ben s' intende che secondo le circostanze dovrà poi il chirurgo portare quelle piccole modificazioni che gli saranno suggerite dal singolo caso.

Applicato questo sistema di drenaggio e ricoperta la ferita con un cuscinetto di cotone non

guita in modo rapido non appena si sia organizzato il servizio e abituato il personale.

Questo sistema di irrigazione, con cordoni filiformi ha vari vantaggi su quello praticato con tubi di gomma, perchè:

1° l'irrigazione si compie con formazione di molte correnti dirette nei più svariati sensi, senza lasciare punti di ristagno;

2° offre una maggiore superficie di assorbimento e realizza quindi una migliore evacuazione dei secreti della ferita;

3° è meno costoso;

4° in presenza di vasi messi allo scoperto non dà ulcerazioni da decubito.

Intervento. — Ampio sbrigliamento. Estrazione del proiettile e di frammenti di stoffa.

Applicazione dell'irrigazione continua con soluzione boroclorica mediante drenaggio capillare.

6 maggio 16	matt. temp. 38.9	sera temp. 38.9
Scomparsa dei dolori.		
7 maggio 16	matt. temp. 37.5	sera temp. 38.4
8 „ 16	„ „ 37.5	„ „ 38.3
9 „ 16	„ „ 37.2	„ „ 37.7
10 „ 16	„ „ 36.3	„ „ 32 5

La tumefazione, l'odore fetido e il gas sono completamente scomparsi, la superficie della ferita presenta un ottimo aspetto, le condizioni generali sono buone. Decorso successivo apiretico.

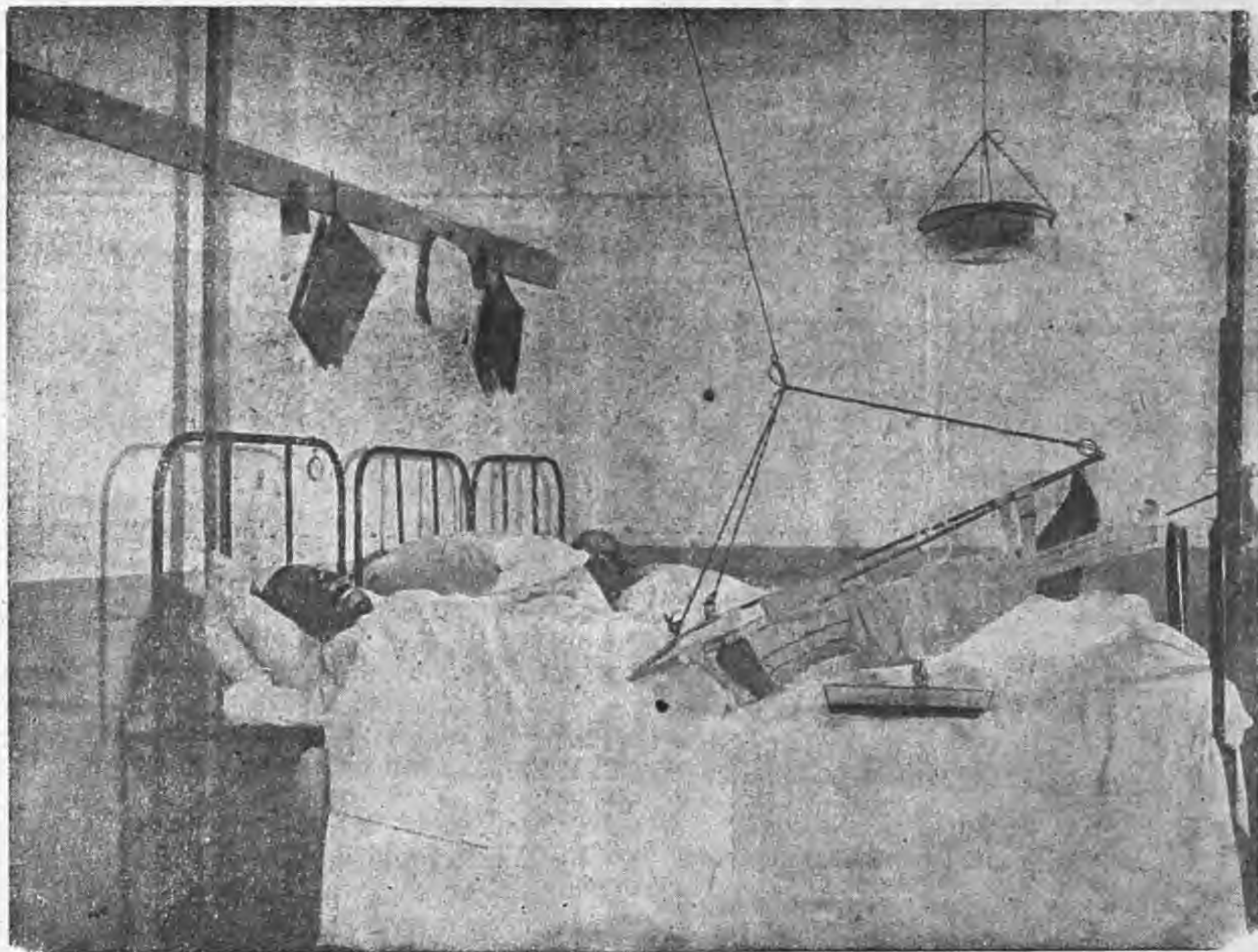



Fig. 5. — La medicazione è ricoperta con un cuscinetto di cotone non assorbente rivestito di garza vaselinata e fissato con spilli di sicurezza.

Riporterò ora a scopo illustrativo alcuni casi da me trattati con questo metodo riservandomi di fare in seguito una relazione clinica completa.

Io per mancanza di mezzi non ho potuto studiare la curva microbica delle singole ferite e mi sono limitato allo studio clinico-locale e generale.

OSSERVAZIONE. — A... V..., soldato fanteria, ferito il 4 maggio 1916. Entrato il 5 maggio 1916.

Diagnosi. — Ferita da scheggia di granata al 3° inferiore della coscia destra con solo foro di entrata. Comparsa di flemmone gassoso. T 38,9 - P 96.

OSSERVAZIONE II. — M... A..., soldato fanteria, ferito il 7 maggio 1916. Entrato il 9 maggio 1916.

Diagnosi. — Ferita da fucile a canale completo coscia sinistra. Flemmone gassoso.

Intervento. — Ampio sbrigliamento. Asportazione frammenti di panno. T. 38,8 - P. 104.

Applicazione dell'irrigazione continua con soluzione boroclorica mediante drenaggio capillare.

10 mag. 1916	matt. t. 39.7 p. 126	sera t. 38.0 p. 120
11 „ 1916	„ t. 38.0 p. 116	„ t. 38.2 p. 112
12 „ 1916	„ t. 37.0 p. 80	„ t. 37.2 p. 80
13 „ 1916 apiressia.		

Scomparsa di secrezione fetida e di gas. Ottimo decorso ulteriore.

OSSERVAZIONE III. — R... G..., soldato alpini. Entrato 10 maggio 1916.

Diagnosi. — Ferita da granata alla gamba destra con frattura comminuta del perone. Gangrena gassosa localizzata. T. 39,2 - P. 124.

Intervento. — Ampio sbrigliamento. Scheggectomia economica. Apparecchio gessato fenestrato. Applicazione dell'irrigazione continua con soluzione boroclorica mediante drenaggio capillare.

11 mag. 1916	matt.	t. 39.5	p. 96	sera	t. 38.0	p. 96
12 „ 1916	„	t. 38.4	p. 80	„	t. 38.6	p. 96
13 „ 1916	„	t. 37.4	p. 72	„	t. 37.6	p. 96
14 „ 1916	„	t. 37.0	p. 80	„	t. 37.2	p. 80
15 „ 1916	„	t. 36.7	p. 88	„	t. 36.3	p. 80
16 „ 1916	„	t. 36.5	p. 82	„	t. 38.4	p. 80
17 „ 1916	„	t. 36.0	p. 62	„	t. 36.5	p. 78

Decorso ulteriore apiretico. Il paziente viene trasferito il 27 maggio in ottime condizioni generali e locali.

In questo caso data la gravità delle lesioni è naturale che la temperatura sia discesa più lentamente e che più lenta sia stata la detersione della ferita. Le condizioni generali del ferito migliorarono però rapidamente. Il polso da 124 si è portato già in terza giornata a 80. Il paziente dopo la prima notte passata insonne e agitata ha potuto dormire tranquillo.

OSSERVAZIONE IV. — P... G..., soldato alpini. Ferito il 17 agosto 1916. Entrato il 18 agosto 1916.

Diagnosi. — Ferita da granata natica e coscia destra. Flemmone gassoso. Erisipela bronzea. T. 39,5.

Intervento. — In narcosi cloroformica ampio sbrigliamento. Estrazione di una grossa scheggia metallica con frammenti di stoffa.

Irrigazione continua con soluzione boroclorica secondo Dakin mediante drenaggio capillare. Decubito ventrale.

Dal 18 al 22 agosto 1916 la temperatura ha oscillato tra 39 e 38,2. Dal 23 al 31 ha oscillato tra 38,5 e 37.4. In seguito non vi furono più rialzi termici e il paziente venne medicato con medicazione asettica secca.

Venne trasferito il 16 settembre in avanzato processo di guarigione.

OSSERVAZIONE V. — C... L..., soldato di fanteria, ferito il 15 settembre 1916. Entrato il 18 settembre 1916.

Diagnosi. — Ferita lacero-contusa del cuoio capelluto da scheggia di granata. Ferita transfossa al braccio destro a tragitto intramuscolare. Ferita transfossa alla gamba destra con frattura comminuta del perone.

Intervento. — In narcosi cloroformica. Ampi sbrigliamenti delle ferite. Estrazione di pezzi di stoffa. Asportazione di qualche piccola scheggia libera del perone. Medicazione con soluzione di Dakin delle varie ferite e applicazione dell'irrigazione continua con drenaggio capillare alla frattura esposta del perone. Per i primi cinque giorni il decorso procede regolarmente, le ferite cominciano a detergersi, cessa il fetore, le le condizioni generali migliorano malgrado la persistenza della febbre.

In sesta giornata si manifestano i primi sintomi *tetanici*. Si procede alla seconda iniezione antitetanica. Il giorno dopo si è obbligati a sospendere l'irrigazione continua a causa delle contratture che vanno facendosi sempre più intense, violente e generalizzate.

In 14ª il paziente muore per *infezione tetanica.*

OSSERVAZIONE VI. — R... F..., soldato alpini. Entrato il 12 maggio 1916.

Diagnosi. — Vasta ferita alla gamba sinistra da scheggia di granata con grave distruzione dei tessuti muscolari e frattura della tibia. Gangrena gassosa localizzata.

Intervento. — Ampi sbrigliamenti. Exeresi dei tessuti mortificati. Estrazione di schegge metalliche e pezzi di panno.

Apparecchio gessato fenestrato. Applicazione irrigazione continua con soluzione secondo Dakin mediante drenaggio capillare.

La temperatura va gradatamente discendendo dal 12 al 30 maggio, oscillando fra i 39 e i 37,5 giorno in cui vien tolta l'irrigazione continua. Dal 31 maggio al 5 giugno si ha apiressia. Ma bruscamente il giorno 6 la temperatura risale e il giorno 7 raggiunge i 40,2.

Si applica nuovamente l'irrigazione continua. La temperatura in pochi giorni ridiscende alla norma e il 13 luglio il paziente viene sgombrato in ottime condizioni.

OSSERVAZIONE VII. — P... A..., soldato bersaglieri. Entrato l'11 ottobre 1916.

Diagnosi. — Ferita transfossa da scheggia di granata al braccio destro con frattura comminuta dell'omero al terzo medio.

Intervento. — Sbrigliamento. Scheggectomia parziale. Applicazione di un apparecchio ad estensione e sospensione. Irrigazione continua della ferita con soluzione uso Dakin mediante drenaggio capillare.

Per i primi cinque giorni la temperatura oscilla dai 39,7 ai 38. Il secreto perde il fetore. Nei cinque giorni successivi la temperatura oscilla fra i 38 e i 37,2 e quindi scende alla norma. Viene tolta l'irrigazione continua. Decorso successivo buonissimo.

OSSERVAZIONE VIII. — C... G..., soldato alpini. Entrato il 25 settembre 1916.

Diagnosi. — Ferita da granata alla regione poplitea con gangrena gassosa limitata alla cute e al sottocutaneo.

Intervento. — Grandi sbrigliamenti. Irrigazione continua in decubito ventrale.

Decorso. — la temperatura rapidamente si abbassa raggiungendo l'apiressia in 5ª giornata. La cute rivestente il cavo popliteo e la regione posteriore della gamba cade quasi totalmente in necrosi e viene gradatamente eliminata in una decina di giorni. Buone granulazioni ricoprono tutta la ferita. In 20ª giornata si iniziano dei trapianti alla gamba che attecchiscono molto bene.

OSSERVAZIONE IX. — F... E..., caporale fanteria. Entrato il 1° gennaio 1917.

Diagnosi. — Ferita da palletta di shrapnell al gomito destro con frattura comminuta dell'estremo superiore del radio.

Intervento. — Sbrigliamento. Estrazione della palletta. Scheggectomia. Applicazione di un apparecchio gessato immobilizzante ad ansa. Medicazione umida al Clorosol Giannettasio.

Comparsa di *artrite purulenta.*

Il 25 gennaio 1917. In narcosi cloroformica. Emiresezione del gomito.

Malgrado gli interventi operativi la temperatura si mantiene sempre elevata e la secrezione abbondante.

Il 4 febbraio si applica l'irrigazione continua con clorosol mediante drenaggio filiforme.

La temperatura discende assai lentamente, però si ha un rapido miglioramento delle condizioni generali. Localmente la secrezione va gradatamente diminuendo. Dopo una settimana viene sospesa l'irrigazione continua e sostituita da medicazione asettica.

OSSERVAZIONE X. — C... B..., soldato alpini. Entrato il 30 marzo 1917.

Diagnosi. — Ferita da scheggia di granata alla regione sacrale con frattura comminuta del sacro.

Intervento. — In narcosi ampio sbrigliamento. Scheggectomia. Applicazione di irrigazione continua di clorosol con drenaggio capillare.

31 marzo	1917	matt.	temp.	38.0	sera	temp.	38.8
1 aprile	1917	„	„	38.5	„	„	39.7
2 „	1917	„	„	38.6	„	„	38.9
3 „	1917	„	„	38.0	„	„	38.7
4 „	1917	„	„	38.1	„	„	38.1
5 „	1917	„	„	37.4	„	„	37.8
6 „	1917	„	„	36.8	„	„	36.9

La ferita è completamente detersa e va ricoprendosi rapidamente di buone granulazioni.

Condizioni generali buone. Si sospende l'irrigazione continua. Medicazione successiva asettica. Ulteriore decorso ottimo.

Come già ho detto, io non intendo per ora dare un resoconto clinico completo su questo metodo di cura. Solo da poco tempo io ho tentato la riunione secondaria delle ferite dopo la loro sterilizzazione e per quanto già abbia ottenuti buoni successi prima di riferirli desidero avere una più larga esperienza clinica.

Frattanto posso dichiararmi molto soddisfatto di questo metodo, che solo nella minoranza dei casi io ho potuto applicarlo in ferite che datavano da meno di 12 ore, quasi sempre invece l'ho adoperato quando l'infezione era già conclamata.

Ad eccezione di un caso (Osservazione V) in cui si ebbe la morte per tetano, in tutti gli altri la infezione venne rapidamente dominata.

Io trattai numerosi casi di gangrena gassosa e di flemmone gassoso e tutti andarono a guarigione. Certo devo rilevare come a questo trattamento non vennero sottoposti i casi più gravi rapidamente mortali, nè quelli in cui si rese necessario un precoce intervento demolitivo. Una caratteristica di questo metodo è data dalla pronta abolizione del fetore, di modo che vari casi di gangrena poterono essere ricoverati nella stessa sala senza che vi fossero apprezzabili cattive esalazioni.

Le ferite con frattura esposta se recenti hanno un decorso generalmente buono e spesso si riesce nelle forme comminute a conservare la maggior parte delle scheggie ossee anche se libere, quando invece esse sono già suppuranti il loro decorso è assai più lento e meno brillante, tuttavia sempre raccorciato e libero di solito da spiacevoli complicazioni.

Nelle grandi ferite settiche si osserva che durante i primi giorni il liquido di scarico trascina con sè grandi quantità di secreto che in breve diventa più scarso, vischioso, giallo trasparente. La presenza di gas scompare rapidamente e in poco tempo i tessuti necrosati si dissolvono, le granulazioni prendono un buon aspetto e le condizioni generali prontamente migliorano.

Chi volesse tentare questo metodo non dovrà stancarsi se troverà un po' faticoso l'iniziarlo, poichè, dopo breve esperienza personale e dopo aver istruito e abituato gli infermieri, tutto procederà molto semplicemente ed egli troverà largo compenso alle sue fatiche.

RIVISTE SINTETICHE.

La terapia fisica negli esiti delle ferite.

Dott. MARIO SERENA, docente di terapia fisica, maggiore medico della C. R. I.

L'impiego delle varie modalità della Fisioterapia in molte ferite da guerra e nei loro esiti potrebbe avere una diffusione maggiore di quella che attualmente vediamo. L'argomento è già stato saltuariamente toccato anche nei nostri periodici: su alcuni capitoli come quello della Kinesiterapia per esempio, si è insistito esaurientemente, ma sull'impiego più generalizzato e con indicazioni precise di tutte le altre modalità forse non è superfluo ritornare.

È inevitabile che anche per un fisioterapista esperimentato sia necessario nell'indicazione procedere talora per tentativi: saremo guidati sul principio dall'esame delle cause che mantengono le condizioni o il sintoma che si vuole combattere; ma se poi l'effetto ottenuto in un dato modo non è completamente quello desiderato, per fortuna l'armamentario della terapia fisica è così vasto che si potrà scegliere una applicazione più opportuna, certi che questo va di buono nella specialità: che una modalità di cura razionalmente adoperata, anche se per caso non fosse la migliore, procura sempre un certo giovamento.

Invero lo stato della ferita, come l'essere ancora largamente aperta, oppure più ristretta ed in via di guarigione, l'esistenza di fratture gravi, o la guarigione chirurgica di già completata sono altrettante condizioni che esigono una scelta nel trattamento, anche se altri ne esistessero di per sè più utili, ma inadatti nel caso particolare: così la c. galvanica, la sinusoidale, talune altre forme di elettroterapia sono inadoperabili *in situ* se l'epidermizzazione della parte non è perfettamente avvenuta.

Per ridurre questo articolo alla maggiore brevità possibile accennerò ai metodi di cura fisica più opportuni secondo quei principali sintomi, e quelle condizioni patologiche che possono da essi metodi trarre vantaggio.

Dolore. — Quando non dipende la presenza di corpi estranei o scheggie ossee che comprimono tronchi o filamenti nervosi (sebbene talora pure in questi casi, come sollievo momentaneo si siano mostrate utili) sono di efficacia quasi universale l'idroterapia, in talune delle sue svariate applicazioni, e la diatermia. Ho citato prima di ogni altre questi due tipi di cure fisiche come quelle che sono compatibili con ferite tutt'ora aperte.

Non mi consta che in questa condizione la diatermia sia stata fin qui adoperata, ma io ne ho sempre visto i buoni risultati dato il vantaggio che essa ha di potersi applicare a distanza dalla sede della ferita, pur investendola coll'azione termica, oppure direttamente al di sotto, e al di sopra di essa (lasciando intatta la medicatura) mediante larghissimi elettrodi metallici con una lamina dielettrica interposta. Prescindendo da questi casi speciali, i più comuni sono quelli in cui gli elettrodi si possono applicare sulla cute ed io li preferisco costituiti semplicemente di lamine metalliche sottili, pieghevoli e scoperte. Si danno dei casi, come in congelamenti parziali delle dita dei piedi, o in alcune forme dolorose della mano, o del polso, o avambraccio in cui è difficile o impossibile realizzare il necessario perfetto contatto dell'elettrodo alla pelle, ho allora adoperato come elettrodo il mercurio contenuto in una vaschetta in cui è immersa la parte, come già aveva fatto in pratica privata nella cura dei geloni.

Anche l'idroterapia, sotto forma di impacchi o di serpentini alla Winternitz o di bagno caldo o tiepido prolungato è assai utile: se si tratta di arti o di monconi doloranti da sottoporre al bagno si possono adoperare delle vaschette a forma diversa secondo il bisogno, in cui è immersa la parte, meglio ancora se l'acqua in tali vaschette è circolante; se l'uso di tali recipienti è impossibile si può sostituire con delle doccie prolungate a piccola pressione. L'efficacia dell'idroterapia in tali casi era già nota, come pure nota ma pochissimo adoperata a scopo contemporaneamente detersivo: sta ad ogni modo il fatto, che continuo a verificare, che in molte ferite e piaghe atoniche si accelera in pari tempo il processo di guarigione.

Tale miglioramento unito alla notevole diminuzione del dolore ho pure notato coll'uso della termopenetrazione, ed è spiegabile pel suo effetto permanente di produrre una migliore circolazione locale e pel suo effetto fugace di maggiore afflusso leucocitario unito al medesimo meccanismo di azione della stasi alla Bier.

Anche in casi di parostiti, ed osteomieliti tutt'ora di dominio chirurgico, tanto l'idroterapia che la diatermia hanno portato notevole sollievo al dolore.

Quando ci troviamo di fronte a delle forme dolorose in feriti chirurgicamente guariti, oltre ai due tipi di cure fisiche suddette abbiamo numerosi altri mezzi a disposizione che sceglieremo secondo il bisogno, come il massaggio molto leggero e superficiale, unito o no alle vibrazioni superficiali (si evitino nelle nevriti le vibrazioni meccaniche, specie se applicate in profondità), le cure di fanghi e in mancanza

di essi le applicazioni di sabbia calda che non comprendo perchè siano così poco diffuse pur essendo tanto semplici.

Direi che massaggio, fanghi e diatermia sono il tripode fisioterapico nella cura dei dolori articolari o paraarticolari, nelle nevriti dei monconi, nei calli dolorosi postumi di fratture. Però anche qui possiamo supplire, e forse in taluni pochi casi che non si possono conoscere *a priori*, avere risultati migliori, colla idroterapia (bagni, docce, impacchi) e con svariate forme di termoterapia quali termofori, aria calda, bagni di luce parziali, nei quali ultimi non è esclusa l'azione dei raggi verso il violetto ed ultra, avendo io avuto due o tre casi in cui l'azione sedativa si ebbe meglio in bagni locali di luce poco termica muniti cioè di lampadine a filamento metallico invece che a carbone.

Vantaggi non trascurabili può offrire la galvanizzazione permanente col polo positivo attivo, sopratutto sotto forma di bagno idroelettrico, io la uso largamente nell'ospedale dove presto servizio militare, ma devo dire che il risultato non è universale: riguardo all'impiego della ionizzazione, ho esperienza confortante solo usando come elettrolita l'iodio e l'ioduro di potassio nella vaschetta che funzionava da catode attivo nelle artralgie dei soggetti artritici o reumatici; dell'uso di altri elettroliti non ho notizia, sebbene si potrebbe tentare l'ione salicilico come è stato già usato nelle comuni nevralgie.

In forme ribelli dolorose associate a nevriti, specialmente con dolori a distanza negli arti, postumi di traumi della colonna vertebrale, dove si affaccia la diagnosi di radicolite, oltre alle applicazioni già descritte è opportuno e logico tentare la radioterapia profonda colla tecnica nota per la sciatica.

Negli esiti di *artriti* o *periartriti, sinoviti, tendosinoviti*, nelle *rigidità articolari, cicatrici aderenti, ispessimenti connettivali*, ecc., molte delle applicazioni curative enumerate per combattere il dolore trovano qui pure la loro indicazione: quasi sempre vi si deve aggiungere il massaggio ed i movimenti passivi e più tardi attivi, ed a questo proposito dirò che per esperienza personale nei casi in cui i movimenti passivi delle articolazioni siano limitati dal dolore ho trovato sempre vantaggioso di associare al movimento passivo manuale della articolazione, la trazione contemporanea, in tal caso i movimenti sono assai più sopportabili, per effetto dell'allontanamento relativo delle cartilagini dei capi articolari e del leggero stiramento dei nervi dei tessuti paraarticolari. Ma ancora meglio si riesce nell'intento facendo precedere la termopenetrazione dell'articolazione, il che non ho visto fin'ora consigliato dai fisioterapisti; il vantaggio maggiore si ottiene nella diminuzione del dolore per l'azione termica che penetra nelle parti più profonde e per la maggiore mollezza e cedevolezza dei tessuti che si pongono in uno stato di notevole imbibizione sierosa per la vasodilatazione notevole prodotta dalla diatermia: in mancanza di questa ultima si potranno far precedere o bagni di luce, o di aria calda, o doccie, o impacchi caldi. Del resto anche la stasi alla Bier ottenuta col laccio *applicato nel modo voluto* è un mezzo utile per quanto trascurato nei numerosi casi del genere che abbiamo ora continuamente sott'occhio negli ospedali.

L'idroterapia sotto forma di docce calde o alternate, di impacchi a permanenza, termofori coi serpentini, ha sempre benefici risultati: ma fra tutte le pratiche idroterapiche non dimentichiamo la più semplice cioè il bagno caldo locale unito se è possibile al massaggio sotto acqua ed ai movimenti attivi che il paziente farà da sè e che gli saranno più facili e più ampi per il diminuito peso dell'arto.

Fra le svariate cure elettriche una sola mi sembra sopratutto utile nelle rigidità articolari e nelle aderenze cicatriziali, cioè la ionizzazione: i Colleghi americani raccomandano una soluzione al 20 % di cloridrato di ammoniaca al polo negativo come polo attivo con degli elettrodi di 150 cm² ed un milliamperaggio molto alto: 60-80 M. A., di questa cura non ho esperienza personale perchè venuta a mia conoscenza in questi ultimi giorni; però non posso dire che bene della comune soluzione di sal di cucina di cui si imbeve il catode adoperando così la ben nota, ma poco diffusa, azione sclerolizzante del polo negativo. Una azione benefica indiretta della elettricità è data dallo stimolo ritmico dei ventri muscolari, nei casi di cicatrici aderenti che coinvolgano i muscoli o i loro **tendini**.

Paralisi e paresi. — È ben logico che un esame elettrodiagnostico deve precedere qualunque indicazione curativa, ed è ovvio che in proposito ripeta quanto troviamo in ogni trattato di elettroterapia; solamente nei casi gravi desidero richiamare l'attenzione su due fatti: primo, di considerare con molta diligenza la reazione a distanza del prof. Ghilarducci e fissare il punto in cui si provoca più intensamente, il che sarà molto utile nella cura successiva; secondo, se nemmeno colla reazione a distanza si provoca la contrazione, prima di dichiarare irremissibilmente perduto il muscolo, provare, se la regione del corpo lo consente, la reazione a distanza tenendo immerso il seg-

mento distale dell'arto nell'acqua; ho notato più d'una volta che si riesce in tal modo a scorgere un accenno di contrazione che altrimenti non si vedeva.

Ma tornando alla cura: l'elettroterapia ed il massaggio sono i mezzi migliori — su quest'ultimo trovo superfluo trattenermi, circa alla prima è metodo classico cominciare, quando vi sono fatti degenerativi del nervo, colla galvanizzazione permanente usando il catode come polo attivo, ma del resto, per poca contrattibilità che ancora rimanga si impiegheranno contemporaneamente e prevalentemente le eccitazioni ritmiche, esse costituiscono la sola ginnastica attiva involontaria poichè provocano veramente una contrazione del muscolo. Come regola generale diremo che va adoperata quella modalità di elettricità o quella polarità che dà la più valida contrazione all'esame elettrodiagnostico ed applicata precisamente nel punto dove lo stimolo elettrico è stato riconosciuto più efficace; questo sopratutto vale dove esistono dei segni di reazione degenerativa. Da altra parte bisogna orientarsi secondo l'opportunità: così se esistono dolori nevritici ricordarsi dell'azione calmante dell'anode; se la sensazione elettrica della c. galvanica è mal tollerata ricorrere alla scarica di un condensatore, e vie dicendo. Quello che importa nelle atrofie, è di provocare la contrazione muscolare ed in questo senso i fisioterapisti francesi chiamano questo metodo di cura col neologismo di elettromeccano-terapia: certo è che esso ha il vantaggio, quando la contrazione è opportunamente graduata, di estendere lo stimolo ad intieri gruppi muscolari o a gruppi separati, e magari volendo, localizzarlo ad un muscolo solo. Va segnalata l'utilità della elettroterapia, come fece rilevare recentemente Laquerrière, nelle artriti per fare contrarre i muscoli senza determinare movimenti nelle articolazioni, quando ve ne sia la controindicazione, e nel trenamento di quei muscoli che il ferito supplendo con altri, ha preso l'abitudine di trascurare.

Accenno appena alla utilità delle contrazioni elettricamente provocate nelle forme funzionali come quelle che incoraggiano e persuadono il malato.

Come istrumentario, qualunque che generi corrente galvanica o faradica (a filo secondario non troppo fino) è ugualmente utile; la c. sinusoidale, la statica sono meno necessarie ma sono invece indispensabili dei buoni reostati finamente graduati, degli istrumenti di misura e degli interruttori di corrente; questi ultimi si possono congegnare bene come apparecchi improvvisati mediante un semplice metronomo intercalato nel circuito al cui peso scorrevole sia fissata un sottile filo di metallo a *U* rovesciato e a branche divaricate i cui estremi peschino per un tempo più o meno lungo in due tazze di acqua salata poste sotto di essi; si realizza così una interruzione di corrente di durata variabile secondo il bisogno, e si può ottenere una contrazione muscolare ritmica che permette al muscolo di riposarsi durante le pause. Dirò anche che adoperando questo interruttore semplice da me proposto si ha pure il vantaggio di poter avere una contrazione alquanto crescente durante il contatto, perchè il filo si immerge vieppiù nell'acqua, indi decrescente, come è effettivamente la fisiologica, il che non si ottiene cogli interruttori a mercurio forniti dalle fabbriche di apparecchi elettromedicali; vero è che esistono degli apparecchi speciali (ondulatori di Bergonié, Gaiffe, ecc.), molto opportunamente studiati allo scopo di riprodurre la contrazione fisiologica. Accennai più sopra alle contrazioni quasi indolore che si raggiungono colle scariche dei condensatori: non avendo a disposizione questi apparecchi piuttosto rari e costosi mi sono molto avvicinato allo scopo inserendo in derivazione sull'interruttore un condensatore semplicissimo formato di due lamine di stagnola attaccate alle superfici di una lastra fotografica a 30 × 40, e regolando il contatto dell'interruttore in modo che sia assai breve.

Dedico poche parole all'Idroterapia non perchè sia poco usata, il che è un torto nostro, non certo della applicazione che è utilissima, ma perchè si può riassumere in una modalità unica: quella della doccia scozzese. La forte eccitazione termica e meccanica di questo procedimento, il contrasto termico determinano una migliore nutrizione del tessuto e si constata, come ha dimostrato Winternitz col dinamometro, una maggior capacità al lavoro muscolare; dunque l'assoceremo senz'altro al massaggio e all'elettroterapia.

Quanto alla meccanoterapia essa è indubbiamente utile, ma va adoperata in secondo tempo quando i muscoli sono già capaci di una discreta contrazione. Un esercizio assai efficace che propongo sempre è la contrazione volontaria ritmica del muscolo rimanendo l'arto immobile; questo esercizio è assai consigliabile agli amputati per tenere in uno stato di buona nutrizione i muscoli che loro rimangono nel moncone o che vi fanno capo e direi è profilattico per una migliore utilizzazione della protesi.

Nelle *fistole*, nelle *larghe piaghe torpide*, non solo nelle superficiali, ma anche in quelle in cui sono interessate le ossa e le articolazioni sopratutto se poco profonde, l'elioterapia ha dato

risultati molto incoraggianti, ha un'azione antisettica, cicatrizzante e cheratoplastica; si può praticare all'aria libera con delle sedute quotidiane crescenti fino ad un'ora o un'ora e mezza. Siccome i primi giorni l'esposizione al sole determina una notevole secrezione sierosa ed esito di pus è bene togliere continuamente con un tampone la secrezione stessa; ed è opportuno fare dopo le sedute, delle medicature oleose per evitare le aderenze e lo strappamento della epidermide giovane. Si è notato che la secrezione più abbondante all'inizio, dopo circa una settimana diminuisce assai.

Per il medesimo meccanismo d'azione sarebbe indicato adoperare le irradiazioni colla lampada di quarzo a vapori di mercurio avendo l'avvertenza di proteggere con carta nera l'epidermide giovane che si va formando.

Ebbi occasione già di parlare dell'efficacia che in alcuni casi ebbero le doccie a bassa pressione in queste forme.

Nelle *contratture muscolari*, se esse sono dovute a briglie cicatriziali, o a stimoli su tronchi nervosi per corpi estranei, cicatrici, scheggie ossee, ecc., è evidente che la fisioterapia è impotente o quasi; può limitarsi a diminuire l'eventuale sintoma dolore, ma se sono dovute a semplice iperestesia o immobilizzazione prolungata allora i bagni caldi, le pressioni profonde, il massaggio solo o sottoacqua, le trazioni continue fatte con cautela e sorvegliate danno buon risultato; la diatermia pure è utilissima e dopo di essa immediatamente si nota quanto siano meno difficili le trazioni e i movimenti passivi. Durante le manovre manuali meccaniche è bene concedere al paziente frequenti intervalli di riposo e sospendere la seduta quando insorgano tremore del muscolo o contrazioni fibrillari accentuate.

Disturbi circolatorii locali: paralisi ischemica, edema, cianosi, congelazioni. — La diatermia è la cura d'elezione: in mancanza di essa si adopereranno naturalmente le altre forme di termoterapia come la doccia d'aria calda, i bagni di luce.

Nella paralisi ischemica, quando il dolore intenso sia sparito assoceremo il massaggio, e gradualmente i movimenti manuali meccanici. Nelle forme di edema e di cianosi semplice oltre alle cure suddette giovano i bagni caldi, le docce, gli impacchi caldi ed il massaggio quando lo stato dei tessuti cutanei lo permetta. Mentre nelle congelazioni dovremo astenerci dalle pratiche idroterapiche — a meno che con impacchi si voglia affrettare l'eliminazione delle ossa necrosate — nelle congelazioni la diatermia è quello che ci può essere di meglio, ma il sanitario non deve troppo fidarsi della sensazione termica del paziente per graduare l'intensità della corrente, poichè spesso la anestesia cutanea delle parti ammalate non permette il controllo; per la medesima ragione e per la fragilità dell'epidermide quando si ricorre colle docce di aria calda o ai bagni di luce è prudente non oltrepassare i 55°.

Negli edemi dei monconi, i bagni caldi con acqua circolante nelle vaschette, ovvero le doccie alternate uniti al massaggio ci hanno sempre dato buoni risultati modificando favorevolmente l'édema e la nutrizione dei tessuti.

Negli *eczemi* pertinaci delle cicatrici, la radioterapia che sembrava potesse giovare non mi ha dato in definitiva veri risultati. Mentre pare ch'essa sia utile secondo l'opinione recente di Bordier e Gerard nelle *lesioni nervose*, sopratutto irradiando dopo la sutura del nervo e a cicatrizzazione completa delle ferita; essi affermano che la ripresa della funzione del nervo si ottiene assai più rapidamente.

Da questa sintetica esposizione di mezzi di cura si vede quanto variamente la fisioterapia può essere applicata; ma ripeto e concludo come diceva in principio che non è opportuno orientarsi ad un solo tipo di applicazione ma scegliere secondo il caso, e modificare il trattamento durante la cura, a seconda del suo andamento e delle varie condizioni che mano mano si vengano stabilendo.

Roma (Ospedale del Quirinale) ottobre 1917.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedaletto da campo N. 33 - Zona di guerra Albania.
diretto dal capitano medico Fasani.

Sopra un caso di perniciosa malarica a sindrome tetanica

per i dott. Majoli Alberto e Paoletti Fernando

Crediamo opportuno pubblicare il caso, perchè possa ancora una volta dimostrare come la malaria, scostandosi dalle forme ordinarie, presenti talora quadri clinici di fronte ai quali il giudizio diagnostico non può sicuramente emettersi senza gli opportuni esami ematologici e sperimentali. Ci spinge inoltre il grande interesse con cui giustamente si agita il problema malarico in questo momento, in cui le nostre truppe combattono anche in regioni assai tormentate dall'ematozoo, come l'Albania.

Fra i vari casi atipici che abbiamo avuto occasione di osservare in questo Ospedale, fornito di tutti i mezzi per studiare e curare razionalmente i soldati malarici, quello che riferiamo ci sembra il più interessante per la sua rarità e per la gravità del suo decorso rapidamente mortale.

Storia clinica. — Caporale R... D..., clas. '95, del... fanteria, Zona Guerra, Albania. Anamnesi anteriore negativa. E' giunto in Albania 18 mesi fa. Ha goduto buona salute fino alla metà di maggio dello scorso anno. Da quest'epoca fino al 22 dello stesso mese ha sofferto di febbre subcontinua, preceduta da brividi, accompagnata da forte depressione dello stato generale e seguita da abbondante sudorazione. Nell'estate e nell'autunno successivi l'infermo è andato soggetto a febbri altissime, intermittenti, approssimative di 24 ore e separate fra loro da intervalli irregolari ed incostanti. Anche queste febbri insorgevano con brivido, declinavano con sudore ed erano accompagnate da disturbi generali.

I sanitari che ebbero a curarlo, lo giudicarono affetto da malaria e lo sottoposero a cura chininica della quale l'infermo ebbe a giovarsi.

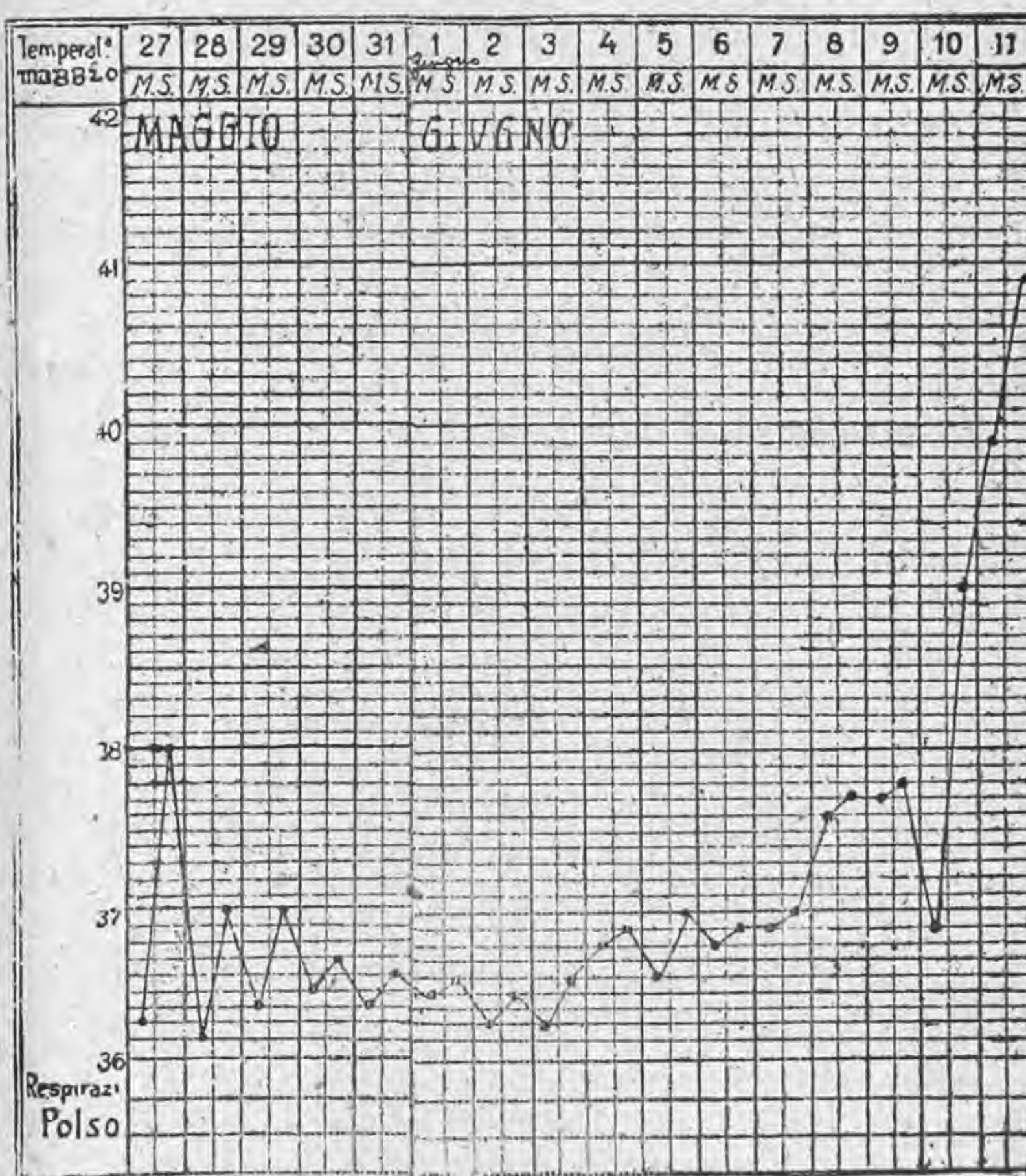
Nella seconda quindicina di maggio 1917, presentò febbre con gli stessi caratteri precedentemente descritti e per queste fu inviato al nostro ospedale.

Esame obbiettivo. — Colorito pallido della cute e delle mucose visibili; costituzione generale scadente. Aia di ottusità splenica estendentesi in basso due dita al di sotto dell'arco costale. Lieve epatomegalia. Addome lievemente teso e un po' dolente. Lingua impatinata. Niente di notevole a carico degli altri organi ed apparati.

La sera del 10 giugno il medico di guardia ebbe a constatare che l'infermo non poteva aprire la bocca e parlava a denti stretti.

Con un esame accurato non fu possibile riscontrare alcuna ferita antica o recente sul corpo del paziente. L'esame del sangue praticato immediatamente ha messo in evidenza il parassita malarico (accanto alle forme asessuali un certo numero di semilune).

All'infermo, già sottoposto a cura chininica, viene praticata una iniezione endovenosa di grammi uno e mezzo di cloridrato di chinino, previa estrazione di sei centimetri cubici di sangue che vengono iniettati nel peritoneo di tre cavie (in ciascuna 2 centimetri cubici). Nella notte è comparsa rigidità dei muscoli della nuca ed una spiccatissima disfalgia. L'indomani la contrattura dei muscoli crebbe d'intensità e di estenzione; la rigidità invase la regione dorsale e lombare. Si ripete l'iniezione endovenosa cui si associa la cura sintomatica. Ciò nonostante ogni tanto contrazioni più intense e più dolorose si intramezzavano a quelle preesistenti e l'infermo si curvava ad arco. Più tardi si notarono convulsioni toniche e tonico-cloniche estese a tutto il corpo e specialmente al torace, che accessionalmente rimaneva immobilizzato nell'inspirazione e dava all'infermo un aspetto fortemente cianotico.

Durante tutto lo svolgimento di questi fenomeni convulsivi l'infermo ha conservato integra la coscienza ed ha presentato polso a 120, 130, 140, 150 e 180, con la curva termica che la seguente grafica dimostra.

Verso le 16 del giorno 11 si è avuto il decesso.

Nessuna delle cavie iniettate ha presentato il quadro morboso sopra descritto.

In base ai sintomi clinici, al reperto ematologico ed alla prova sperimentale, si ritiene che la morte sia dipesa da perniciosa malarica a forma tetanica.

Dal quadro clinico esposto risulta evidente la difficoltà di una diagnosi etiologica esatta: non

è raro infatti che un soldato possa contrarre l'infezione tetanica; d'altra parte non si può negare che solo in casi eccezionali la malaria presenta quadri clinici così imponenti come il riferito. La sintomatologia offerta dall'infermo, come chiaramente la storia dimostra, era quella classica che si ha nell'infezione da bacillo di Nicolaier. Il dubbio si affacciò in noi considerando che l'infermo aveva contratta precedentemente la malaria e ricordando che fra le sindromi proteiformi delle perniciose si può avere anche la tetanica. Praticammo allora l'esame del sangue e trovammo il reperto ematologico ricordato nella storia, reperto che unito al risultato negativo della prova sperimentale ci portò alla diagnosi di perniciosa malarica tetanica.

Da tutto quello che abbiamo detto ci sembra scaturisca una conclusione di estrema importanza per il pratico, il quale, trovandosi in zona malarica e, talvolta sprovvisto di un gabinetto, è costretto ad emettere il suo giudizio diagnostico valendosi solo del suo corredo scientifico: *di fronte ai quadri clinici più svariati che si possono osservare in una zona malarica si deve sempre sospettare l'eventuale presenza dell'ematozoo, se non si vogliono formulare giudizi diagnostici superficiali ed errati.*

Giugno 1917, Zona di Guerra, Albania.

RIVENDICAZIONI.

A proposito di nuovi studî sull'afta epizootica.

Con riferimento alla nota pubblicata dai proff. S. Belfanti ed A. Ascoli nel fasc. 41, a pagina 1240, di questo periodico, osserviamo quanto segue:

Nella nostra pubblicazione « Sulla virulenza del sangue dei bovini aftosi e prove d'immunizzazione contro l'afta epizootica », descrivemmo il fatto del tutto nuovo, da noi scoperto e sicuramente accertato con più di un centinaio di prove, che l'inoculazione endovenosa ai bovini sani di emazie virulente e lavate di bovini aftosi determina in quelli una reazione vaccinale e poi l'immunità; mentre che l'inoculazione sottocutanea delle stesse emazie produce lo sviluppo della malattia.

Questo fatto straordinario fu da noi osservato fin dal mese di aprile e maggio 1916, come ne fanno fede i nostri protocolli e altri documenti, che mettiamo a completa disposizione di chiunque, e come possono attestarlo alcuni stimati colleghi, quali il prof. Nencioni, il cavalier Bisanti ed altri.

Che se esso non fu subito reso di pubblica ragione, ciò avvenne per averlo noi voluto ripetutamente controllare e inoltre perchè si volle attendere l'imminente riunione — che poi fu ritardata fino al mese di febbraio del corrente anno — della *Commissione per gli studi sull'afta*, alla quale doverosamente intendevamo darne comunicazione prima che al pubblico.

Ecco perchè noi, che nulla dobbiamo agli studi degli egregi professori S. Belfanti e A. Ascoli, la cui pubblicazione (*La Clinica Veterinaria*, 1916, n. 19) comparve alla fine di ottobre 1916, cioè sei mesi dopo che avevamo fatta la nostra scoperta, non ci siamo preoccupati di quella loro esperienza, eseguita sopra *un solo* animale (suino) e non corroborata da nessun controllo. G. COSCO — A. AGUZZI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società medico-chirurgica in Modena.

Seduta del 19 *giugno* 1917.

Sulle modificazioni del sangue nella timectomia.

Dott.ssa VALLISNIERI VIRGINIA. — L'O. fra le svariate alterazioni attribuite alla timectomia (modificazioni dell'ossificazione - Disturbi della nutrizione generale - Turbe del sistema nervoso - Variazioni della resistenza alle malattie infettive, ecc. ecc.) prende in esame le discusse alterazioni della crasi sanguigna, conseguenti all'asportazione del dimo.

Sperimentando su giovani cani e conigli dimostra che la crasi sanguigna non subisce modificazioni notevoli, si ha soltanto un qualche fugace aumento dei leucociti. Questo aumento che si verifica nei primi giorni successivi all'atto operativo l'O. crede debba riferirsi al trauma.

Nella resistenza globulare trova un aumento. Non si modifica la viscosità.

Sulle periartriti traumatiche scapolo-omerali.

A. BIANCHERI. — A proposito di alcuni casi osservati nella Clinica chirurgica di periartrite e scapolo omerale, in seguito a traumi sul moncone della spalla, risale alla descrizione del quadro completo dell'affezione, la cui diagnosi è basata sur una serie di sintomi ben caratteristici di natura funzionale, dolorosa, ed estetici per l'alterazione delle linee della parte, sintomi che sono dovuti ad un insulto delle borse sierose sotto deltoidee e sotto acromiali, e sostenuti da un processo infiammatorio della sinovia della cavità articolare vicariante dell'articolazione della spalla, rappresentata dalla volta acromion-clavicolare.

Accennati i pericoli cui può dare origine nella funzione tale affezione, e gli esiti certe volte irreparabili, spesso solo di pertinenza del chirurgo se la diagnosi non vien fatta precocemente, conclude per una cura fatta a base di movimenti attivi e passivi delicati ma continui, a base di bagni caldi e di massaggi, che riconducono alla guarigione anatomica e funzionale. Dott. GIUSEPPE STUFLER.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Diabete insipido ed ipofisi.

Sono state descritte in molti casi di diabete insipido diverse alterazioni dell'ipofisi e delle parti vicine della base del cervello. Dalle ricerche sperimentali di Camus e Roussy risulterebbe che l'infundibulum abbia una importanza speciale nella poliuria. Altri autori hanno messo questo disturbo con lesioni della parte intermedia del corpo pituitario. Le ependimiti o i tumori del pavimento del quarto ventricolo sono talora accompagnati da diabete insipido e Claude Bernard, come è noto, riuscì a provocare sperimentalmente una poliuria semplice mediante la puntura del pavimento del quarto ventricolo in un punto vicino al così detto antro glicosurico. I rapporti tra ipofisi e diabete insipido sono stati in questi ultimi tempi trattati da Römer, Simmonds, Harvey, Cushing, Ileut ed altri. Simmonds per altro descrisse una sindrome speciale: l'associazione di cancro della mammella con poliuria, dovuta a metastasi cancerosa dell'ipofisi. D'altra parte la presenza di diabete insipido in individui affetti da sifilide congenita o acquisita deve mettersi in conto di una localizzazione dell'infezione specifica dell'ipofisi o della base del cervello. In altri casi pare che un'analoga relazione esista con la tubercolosi.

Parkes Weber. (*The American Journal of the medical Sciences*, decembre 1916) descrive appunto il caso di un'individuo, nel quale due anni prima della morte dovuta a tubercolosi pulmonare e laringea, si manifestò un diabete insipido, ed all'autopsia si trovò poi una speciale alterazione del lobo posteriore dell'ipofisi. Questo soggetto presentava gravi segni di tubercolosi dell'albero respiratorio con numerosissimi bacilli nello sputo. Emetteva giornalmente in media circa 10 litri di urina pallida, chiara e sempre libera di qualsiasi principio patologico. La reazione di Wassermann fu sempre negativa e mai si presentarono sintomi che facessero sospettare una lesione cerebrale o meningea. Alla necroscopia oltre le lesioni tubercolari corrispondenti al quadro clinico, si trovò che il lobo posteriore dell'ipofisi era alterato. Il lobo posteriore (pars nervosa) era di molto ingrandito in rapporto al lobo anteriore (pars glandularis). La sostanza di questo ultimo sembrava avere struttura normale, ma era completamente circondato dal lobo posteriore, che presentava di caratteristico dei grandi blocchi di cellule granulari. L'A. pensa che queste cellule siano di origine neuroglica, le così dette cellule granulari composte, la cui presenza è stata segnalata in varie affezioni del sistema nervoso centrale. Non si può dire se ed in qual modo questo reperto abbia relazione con la infezione tubercolare, ma è certo, crede l'A., che esso spiega la poliuria da cui era affetto il paziente.

DR.

Guerra e diabete mellito.

Albu (*Berl. Klin. Woch*, n. 19) afferma che il numero dei casi di diabete sviluppatosi per causa della guerra è molto piccolo: nel più grande ospedale di riserva di Berlino, dove la percentuale dei diabetici è l'1 %, più della metà lo erano già prima della guerra: si trattava spesso di casi allo stadio latente o di leggero diabete alimentare messo in evidenza o peggiorato per il vitto poco adatto e gli strapazzi.

Tra le manifestazioni che si hanno al campo notevole è la frequenza della foruncolosi, dovuta forse alla poca pulizia: frequenti pure la nevrastenia, l'insonnia, la precoce arteriosclerosi.

Posti in condizioni di vita e di vitto favorevoli, tali pazienti migliorano rapidamente e la tolleranza degl'idrati di carbonio può tornare ad una percentuale elevata.

Del resto desta meraviglia vedere come tali predisposti sopportino bene la vita del campo, giacchè spesso la malattia si è manifestata solo dopo un anno e mezzo.

Secondo l'A. nei casi leggeri, quando si abbia una tolleranza giornaliera di almeno 100 gr. di idrati di carbonio, tali malati potranno ancora prestare un utile servizio nelle retrovie, specialmente quando sia loro possibile seguire una dieta conveniente.

I casi gravi sono naturalmente inabili a qualunque servizio.

G. M.

Sviluppo genitale precoce con ipernefroma.

Van der Bergh (Nederland. Tijd v. Gences. rif. in *Journ. of Am. med. Assoc.*, 15 genn.) nota che non dovrebbe essere lontano il tempo in cui i chirurghi potranno estirpare con successo sia un tumore della ghiandola pineale che un grosso ipernefroma, e quindi i clinici debbono studiare le sindromi derivanti da tali lesioni. Egli illustra adunque un caso di ipernefroma in una bambina di 3 anni con un grosso tumore retroperitoneale, duro, palpabile nella regione addominale sinistra, con febbre ed indebolimento progressivo. La bimba era alta 10-12 cm. più che l'ordinario ed aveva un aspetto

da adulta, specialmente per ciò che riguardava i genitali esterni. La cute era normale e così anche il cranio; non vi era alcun indizio di precocità funzionale dei genitali. Venne asportato il tumore, che pesava 2 kg.; la bambina morì nella notte seguente.

L'A. passa in rivista 18 casi della letteratura in cui un ipernefroma maligno si è accompagnato a sviluppo precoce dei genitali esterni. L'età varia da 14 mesi ai 14 anni; la sede del tumore è prevalentemente a sinistra. In due bambine rispettivamente di 5 e 9 anni si è notato sviluppo della barba; in molti casi si è avuto obesità.

Il microscopio ha dimostrato notevole differenza fra l'ipernefroma ed il sarcoma delle ghiandole surrenali; nè quest'ultimo nè i tumori renali di Grawitz sono mai accompagnati da sviluppo precoce dei genitali esterni, come si osserva nell'ipernefroma. FIL.

TERAPIA.

I pericoli della pituitrina nel parto.

J. J. Mundell (*Journ. of Am. med. Assoc.*, pag. 1601) ha raccolto oltre 5000 casi in cui è stata usata la pituitrina. In generale egli ritiene che la dose comune di 1 cmc. sia eccessiva e consiglia di incominciare con 1/2 cmc., ripetendo eventualmente l'iniezione ogni 30-50 minuti. Di solito l'efficacia si rivela alla prima dose con l'aumento delle contrazioni ritmiche normali dell'utero, al contrario dell'ergotina che provoca contrazioni lunghe e continue.

La pituitrina non deve usarsi nel primo stadio del parto. Essa è invece consigliabile verso la fine del secondo stadio nelle pluripare, quando, con presentazione normale e membrane rotte, i dolori si fanno deboli con tendenza all'inerzia; in tal caso essa può sostituire l'applicazione del forcipe nello scavo. Quando la pituitrina incomincia ad agire, è bene somministrare un anestetico ed è prudente tenersi pronto con il forcipe.

In altri casi l'uso della pituitrina può presentare degli inconvenienti, specialmente se dopo la sua somministrazione non avviene rapidamente l'espulsione; in tale evenienza, la vita del bambino può venir messa in pericolo e si deve tosto intervenire col forcipe.

Nelle emorragie del *post-partum* sarebbe da preferirsi l'ergotina.

La pituitrina non deve mai usarsi nel parto normale nè prima di aver praticato accurate misurazioni della pelvi. Specialmente nella primipara si possono avere dei gravi pericoli; spesso si sviluppano contrazioni tetaniche che mettono a repentaglio la vita del feto. Una volta poi somministrata non si ha a disposizione alcun mezzo per frenarne l'azione ed è per ciò che bisogna ben ponderare prima di usarla.

Purtroppo invece i primi resoconti sugli effetti benefici hanno indotto molti ad adoperarla senza discriminazione. Ne sono risultate lacerazioni perineali di varia intensità, lacerazioni cervicali, rotture dell'utero (12 su 1290 casi).

Somministrarla nelle ristrettezze pelviche di qualsiasi grado se la testa non ha già oltrepassata la filiera è un'opera criminosa.

Talvolta anche in casi in cui sembrava pienamente indicata si sono avuti degli inconvenienti; questi ad ogni modo per quanto riguarda la madre sono ridotti al minimo con delle piccole dosi. Affatto diverso invece è l'effetto sul bambino e sono registrati numerosi casi di asfissia e di morte del feto, anche quando l'indicazione per l'uso era affatto netta. Ciò probabilmente devesi al fatto che la pituitrina provoca una forte contrazione, ma non una retrazione dell'utero, ciò che agisce forse come un vero cranioclaste medico.

L'A. ha raccolto 34 casi di morte fetale e 4[illegible] di asfissia pallida. Questa si produce con ogni verosimiglianza negli ultimi momenti del parto, quando la placenta sta per distaccarsi. Le contrazioni tumultuose e prolungate ad intervalli ravvicinati, costringono la placenta impedendo che la necessaria quantità di sangue possa giungervi. Non è da escludersi però che anche la mescolanza del meconio al liquido ammiotico abbia una certa parte nella produzione dell'asfissia.

Vi è inoltre la possibilità di un distacco prematuro e parziale della placenta. Un altro fattore dell'asfissia potrebbe essere la compressione del cordone fra le pareti uterine violentemente contratte e certe parti dure del feto, come il trocantere ed il sacro.

Si citano anche dei casi di emorragie cerebrali; i genitori erano sani, la madre pluripara con parti antecedenti normali. Non si trattava di parto prolungato o difficile, ma la petuitrina era stata somministrata proprio nei primi stadî: ne seguì un parto precipitato, con bambino asfittico, colto poi da convulsioni, che in due casi continuarono.

Gli ostetrici incominciano a comprender bene che il bambino ha diritto di nascer vivo e che il permesso di esercitare la medicina non deve portar seco quello di fare il carnefice.

I. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(871) *Cura della dissenteria con l'emetina.* — All'abb. D. P., n. 8340:

L'emetina va somministrata, in forma di cloridrato, per via ipodermica, alla dose di due centigrammi, tre volte al giorno, continuando per dieci giorni ed aumentando eventualmente in seguito la dose. Buoni risultati si ottengono con questo trattamento, anche in casi complicati con ascesso epatico. Se il malato guarisce clinicamente e resta portatore, sono consigliabili le cure locali: irrigazioni intestinali alte, con soluzioni di nitrato d'argento (1/2000-1/500) o di chinina (1/2000-1/500).

Mentre l'emetina avrebbe un'azione più sicura nei casi acuti, la chinina sarebbe maggiormente efficace nei casi cronici in dosi giornaliere di grammi 1 1/2-2 ripetute per sei giorni; riposare per una settimana ricominciando poi la serie.

Non crediamo che vi sia bisogno di ricorrere all'estero per curare nè per apprendere a curare *con criterio* la dissenteria: si trovano anche da noi valenti cultori di medicina tropicale, che possono dare ottimi consigli.

Oggi la dissenteria amebica è abbastanza diffusa e conosciuta, nè crediamo vi sia la necessità di istituti speciali per tale cura.

Riguardo all'ultima domanda, non Le corre obbligo di portare alcun distintivo. FIL.

(872). *Epilatori.* — All'abbonato n. 3180:

I comuni epilatorii a base di sostanze caustiche (solfidrato di calcio, di bario, ecc.), sono nocivi per la cute e perciò sconsigliabili.

Le strofinazioni sulle parti ipertricotiche con pietra pomice ottengono talvolta lo scopo di allontanare temporaneamente i peli: devono però essere sospese non appena si verifichino fenomeni d'irritazione meccanica sulla cute, i quali potrebbero essere il punto di partenza di dermatiti, eczemi, piodermiti, ecc.

L'epilazione elettrolitica è sempre il mezzo più sicuro e, se adoperata con cautela, il più innocuo. V. MONTESANO.

(873). Al dott. B. A. da R. suggeriamo:

PEDRAZZINI. Elementi di igiene, L. 1,50; FERRARI. Struttura, funzionamento ed igiene del nostro organismo, L. 1,50. — Fr.lli Paravia, editori, Milano.

Malgrado i nostri ripetuti ammonimenti, continuano a pervenirci molti quesiti non firmati, ai quali non diamo esito.

Su richiesta degli abbonati, possiamo omettere il loro nome sul giornale e limitarci a contraddistinguere i quesiti con le iniziali, ovvero con il numero d'abbonamento; ma è necessario che gli scriventi ci si facciano conoscere.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Dott. ROBERTO AGOSTINELLI. *Sulla chirurgia del cranio in zona di guerra.* Note e considerazioni cliniche. Roma, Cooperativa tipografica «Luigi Luzzatti», 1917.

Nella ricca messe di pubblicazioni mediche che la presente guerra ha fatto germogliare, questo libro di Agostinelli tiene un posto d'onore. Lasciando da parte tutte le disquisizioni di profonda scienza, esso ci presenta una interessantissima statistica di feriti cranici che dai sussidi chirurgici ebbero salvezza. L'esposizione è chiara e facile e persuade il lettore che l'indirizzo chirurgico seguito dall'A. è il migliore e più promettente dei successi. È un libro che i provetti leggono con piacere perchè esso rappresenta una vittoria dell'arte, nel quale i giovani troveranno una guida di quella chirurgia prudente e savia che fu sempre perorata dalla scuola di Roma. L'A., che già nella guerra Balcanica tenne alto il prestigio della C. R. I., durante l'attuale conflitto porta il contributo del suo entusiasmo giovanile nel soccorrere i nostri gloriosi feriti. Prof. GHERARDO FERRERI.

L. SENCERT. *Les blessures des vaisseaux.* Collection Horizon. Prezzo L. 4. Editore Masson et C.ie, Parigi.

Le ferite dei vasi sono quelle che più delle altre richiedono un intervento immediato. Solo l'operazione precoce arresta, previene le emorragie tardive e quelle secondarie, impedisce le complicazioni meccaniche e settiche alle quali predispone lo spargimento di sangue ed infine può prevenire le complicazioni tardive come gli aneurismi.

In questo manuale sono esposti gli insegnamenti pratici dettati al riguardo dall'esperienza di guerra.

L'A. studia in una prima parte le ferite dei grossi vasi in generale, in una seconda parte passa rapidamente in rivista le ferite dei vasi in particolare, insistendo specialmente sui problemi operatori che esse determinano.

Questo manuale costituisce un'ottima guida per i medici militari. *a. a.*

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ancora delle scuole mediche Castrensi.

L'articolo in difesa delle Scuole mediche Castrensi pubblicato nello scorso numero ci costringe a ritornare sull'argomento, che giustamente ora appassiona il mondo scientifico e la classe medica.

Naturalmente, come è nostra costante abitudine in ogni polemica, seguiremo il nostro contraddittore solo in quella parte del suo articolo, nella quale egli mostra una tendenza a discutere ed a ragionare, lasciando da parte contumelie e insulti, a cui non abbiamo consuetudine. Certo linguaggio, diciamo così, poco misurato, certi atteggiamenti aggressivi non si confanno alla serietà della quistione e delle persone che le trattano e del periodico in cui si scrive.

Ma prima di entrare nel sodo della quistione conviene sbarazzare il terreno di altri elementi spurî che al nostro contraddittore è piaciuto introdurre nella sua difesa.

Il nostro contraddittore ha terminato il suo articolo (la mozione degli affetti è consigliato artifizio di buona rettorica) come se noi avessimo deprezzato i giovani neo-laureati della Scuola di San Giorgio, e avessimo insultato la memoria di quelli che sul campo di battaglia hanno fatto olocausto della loro vita. La verità vera è invece che noi abbiamo dimostrato il più sacro e doveroso rispetto sia per quelli che la vita hanno immolata per la patria, sia per quelli che tuttora la santificano con il loro martirio nelle trincee. Nessuno ha quanto noi esaltato l'eroico valore dei nostri giovani colleghi, il loro spirito di sacrificio, il loro alto senso del dovere. E non pretenderà certo di onorare meglio la memoria dei morti gloriosi chi, scambiando il valore militare con il valore professionale, invoca le virtù militari a testimonianza della loro capacità tecnica, e a difesa d'un congegno didattico di utilità più o meno dubbia.

Lasciamo dunque stare gli insulti ed i nostri eroici martiri. Discutiamo se e come vadano istruiti i futuri medici.

Il nostro contraddittore dice insussistente ed insidiosa l'accusa che la Scuola medica di San Giorgio di Nogaro sia, per impianto ed esercizio, costata molto. Vero è che noi abbiamo indicato una cifra che può non essere precisa. Ma l'informato nostro contraddittore, che sembra in possesso di dati precisi, avrebbe potuto, meglio che darci una generica smentita, contrapporre cifra a cifra e invitarci a compulsare documenti ufficiali. Noi sappiamo qual valore loro spetti: basta far concorrere parecchie voci d'un bilancio ad una istituzione perchè si dimostri che costi o molto o poco secondo che giova per la tesi. Ad esempio nelle spese per la scuola sarà o non sarà computato l'arredamento e il funzionamento delle Cliniche di S. Giorgio, le quali per il loro ordinamento potrebbero essere invidiate, *pur troppo a ragione, da non poche delle nostre cliniche universitarie?* Poichè gli ordinari ospedali militari non raggiungono tale perfezione, l'esercizio delle Cliniche Castrensi ha pur dovuto costare qualche cosa più degli ospedali militari comuni.

Ma non occupiamoci della spesa: nella attuale ridda dei miliardi non sono certo i pochi milioni, siano pure le parecchie decine di migliaia di lire, della Università Castrense che faranno protestare il contribuente italiano. Guardiamo piuttosto ai risultati.

Si può concedere che la scuola medica in zona di guerra sia stata un'idea ardita ed anche lodevole nell'inizio della guerra, per fronteggiare uno stato di cose nuovo. Faremmo torto alla intelligenza degli organizzatori dell'Università Castrense se attribuissimo loro la presunzione che questa non dovesse protrarsi per l'avvenire e durare fin che durava la guerra. Poteva passare per un provvedimento temporaneo, d'urgenza.

I corsi di S. Giorgio potevano anche giustificarsi: si trattava, tutto sommato, di dare una istruzione complementare con riguardo prevalentemente alle esigenze della guerra, a giovani che già si erano fatta nelle Università regolari una solida base di cultura.

Ma col passare degli anni, gli studenti sono meno avanzati nel corso degli studi. L'anno scorso si è già riconosciuta l'opportunità, anzi la necessità, di completare, integrare, i corsi di S. Giorgio di Nogaro con i corsi ordinati presso l'Università di Padova.

Intanto l'insufficienza di tali scuole improvvisate, sia pure genialmente improvvisate, è oramai passata in giudicato per l'opinione pubblica.

Da per tutto, negli ambienti medici e perfino tra il grosso pubblico si parla del laureato delle Università di guerra come d'un professionista che avrà bisogno di rifare, di completare, perfezionare l'educazione di medico. Noi ci siamo resi interpreti del comune giudizio; l'abbiamo portato chiaramente in pubblico. Fosse tale comune opinione anche non perfettamente giustificata, è certo lesiva ai giovani medici, che pure affrontano come gli altri i sacrifici della guerra, lanciandoli nella vita professionale con simile marchio nella loro laurea.

A torto o a ragione l'opinione pubblica si è così formata, e bisogna tenerne conto per l'interesse legittimo dei giovani.

E nell'interesse del pubblico e dei medici è necessario che questi godano la più assoluta fiducia dell'altro. D'altronde l'opinione pubblica non ha tutti i torti d'essersi così pronunziata, se coloro che questa opinione erano i meglio indicati a formare si sono sempre e dovunque dimostrati contrarî alla Università Castrense. Il nostro contraddittore afferma che questa fu meritamente apprezzata da insigni cultori degli studii superiori universitarî e delle scienze mediche in Italia e fuori. Di fronte a questa affermazione sta il fatto che la massima parte dei professori universitarî, e tutte le facoltà mediche hanno espresso nettamente sempre e concordi il voto che gli studenti di medicina fossero

sottratti alle scuole improvvisate e inviati alle loro Scuole naturali.

Il nostro contraddittore non pretenderà certo che le facoltà mediche d'Italia non siano capaci di care come o meglio di qualsiasi Scuola Castrense, medici capaci di assolvere degnamente il loro compito militare. I quindicimila medici che ora sono sotto le armi, che con tanta abnegazione, con tanto zelo, con tanto sacrificio, eppure con tanta competenza assolvono il loro mandato, sono usciti da quelle Università, che ora sentono ansiosa la nostalgia della gioventù, sono stati foggiati da quei professori, che ora giustamente reclamano il diritto ed il dovere di formare i medici che devono lenire le sofferenze dei figli d'Italia. Come questi si istruirebbero meglio in scuole con laboratori improvvisati e con personale poco affiatato, che là dove tutto è da anni preordinato alla loro educazione? Quale pedagogia insegna che riesca più proficuo nelle scuole, in ispecie nelle scuole *dimostrative e pratiche,* l'affollamento che non il numero proporzionato ai mezzi? Non vogliamo seguire il nostro contraddittore nei confronti tra il personale delle scuole novelle e quello di ciascuna Università. Per noi ogni professore era a suo posto e ha compito l'obbligo suo, su ogni cattedra.

Il nostro contradditore ha vantato la bontà e l'efficacia della scuola, il suo poco costo, ma non ha accennato neppur vagamente ai motivi sostanziali che rendono tuttora indispensabile l'istituzione di S. Giorgio. Non sarà certo la opportunità di dare ai giovani una particolare istruzione di medicina di guerra, perchè è intuitivo che anche i professori universitari non trascurerebbero la medicina di guerra, nè il materiale clinico mancherebbe al riguardo.

Si teme forse che i giovani sparsi nelle Università del Regno non siano sufficientemente a portata di mano in caso di bisogno? Il timore non sembra fondato se si tien conto della rapidità dei trasporti ferroviarî. Gli avvenimenti recentissimi ci hanno dimostrato che in meno di 24 ore si possano far convenire d'ogni parte d'Italia tutti i chirurgi nei luoghi dove sono necessarî.

D'altra parte bisogna pur rilevare che i corsi si svolgono in un periodo dell'anno nel quale le condizioni metereologiche non consentono una viva attività bellica, in un periodo cioè nel quale è meno necessaria l'opera sanitaria anche perchè gli effettivi al fronte diminuiscono per ragione delle licenze invernali. Ed al riguardo occorre che i corsi comincino presto, non oltre il 15 novembre, acciò possano essere utilmente terminati in primavera.

Dunque nessuna necessità didattica, economica, politica, militare si oppone a che gli studenti di medicina siano restituiti durante la sosta delle operazioni militari alle loro rispettive Università. Nè questo provvedimento deve essere inteso come un favoritismo, come un privilegio degli studenti di medicina. Essi non sarebbero più privilegiati di coloro che sono esonerati per tutto il periodo della guerra per fornire armi e munizioni. Cessati i corsi essi ritorneranno ai martirî delle fangose trincee per compiervi gli atti di eroismo così efficacemente esaltati dal nostro contradditore.

La medicina è oggi tra le più poderose armi di guerra perchè conserva il più prezioso materiale bellico, il materiale umano: dopo, sarà un'arma di pace non meno necessaria perchè dovrà provvedere a ristorare la povera carne umana. Lo Stato, nel suo supremo interesse, ha dunque il dovere di provvedere a che la produzione di nuovi medici continui ininterrotta e sempre corrisponda, sotto ogni aspetto, alle più severe esigenze della guerra e della pace.

PANGLOSS.

Sulle Consulenze d'Armata.

La lettera del prof. Enrico Morselli a proposito della importanza delle Consulenze neuro-psichiatriche di Armata, lettera che abbiamo avuto l'onore di pubblicare nel n. 40 del nostro giornale, ce ne ha procurate altre due: l'una di replica di *x. b.*, l'altra integrativa del prof. Pighini.

Con la sua lettera *x. b.* tende a chiarire quanto ebbe a scrivere a proposito delle varie consulenze, affermando che egli non ha mai misconosciuto, come non misconosce, l'importanza dei reparti neuropsichiatrici in zona di guerra, mettendone in evidenza tutto il benefico valore come soccorso sia diagnostico che curativo. Egli ha voluto solo affermare che l'oto-rino-laringoiatria in zona di guerra può più prontamente ed efficacemente apprestare il suo sussidio e merita quindi di esser conservata in vigore.

Dall'altra parte il prof. Pighini espone nella sua lettera tutti i beneficî effettivi e reali che le consulenze neuro-psichiatriche d'armata arrecano all'esercito, sia dal punto di vista medico-legale che terapeutico. Conforta le affermazioni dell'insigne neurologo di Genova con dati di fatto desunti dall'esperienza oramai lunga che egli ha avuto di questo importante servizio come consulente neuropsichiatra d'armata.

Questo in riassunto il contenuto delle due lettere che non pubblichiamo integralmente sia per la scarsezza dello spazio, ora più che mai tirannica, sia perchè la quistione ci sembra già sufficientemente dibattuta e chiarita.

Erratum.

Nella lettera del prof. Morselli pubblicata sul fascicolo 40, a pag. 1225, colonna 2ª, riga 8ª, deve leggersi «amenti» al posto di «assenti».

Cronaca del movimento professionale.

Aspiranti medici-dentisti. — La *Gazzetta Ufficiale* ha pubblicato un decreto luogotenenziale con cui per la durata della guerra è istituita una speciale categoria di aspiranti dentisti, la quale nella progressione della gerarchia sarà compresa fra i sottufficiali e gli ufficiali.

Gli aspiranti dentisti saranno però considerati come rivestiti del grado di ufficiali e perciò sarà fatto loro a tutti gli effetti il trattamento previsto dalla legge sullo stato degli ufficiali.

Possono essere nominati aspiranti dentisti i militari di qualsiasi classe e categoria di età non superiore di 46 anni che siano abilitati all'esercizio dell'odontoiatria. Il numero degli aspiranti da nominarsi non potrà superare i seicento. Agli aspiranti dentisti sarà corrisposto l'assegno e l'indennità stabilita per i sottotenenti di complemento.

***

Conviene rilevare che la divisa adottata per gli aspiranti dentisti si distingue appena da quella degli aspiranti e degli ufficiali medici. La sola differenza si riduce al fregio del berretto: un piccolo disco al posto della croce rossa.

Se questa somiglianza esteriore sarà mantenuta, ne deriveranno alcuni inconvenienti non trascurabili.

Non è ammissibile e non si legittima menomamente che una categoria di empirici, dai quali si richiede appena un'istruzione rudimentale e la cui capacità professionale si esplica entro un campo angustissimo, venga assimilata, sia pure nella sola veste, ai medici. La laurea in medicina ne subirebbe un deprezzamento ingiustificato quanto immeritato.

Non solo, ma se la nuova divisa sarà mantenuta, accadrà quasi a colpo sicuro in pratica che i neo aspiranti vengano scambiati con i medici e chiamati inavvertitamente ed erroneamente a prestare opera di medici; sarà quasi inevitabile che essi se ne sentano lusingati e che siano tentati a dar prova della loro incapacità.

Diviene dunque opportuno di eliminare ogni possibilità di equivoci, stabilendo che le mostrine degli aspiranti dentisti non siano di colore amaranto, ma di un altro colore qualsiasi.

In tal senso ci ha scritto una lunga lettera il dott. V. Luca e si sono espressi altri colleghi.

Noi giriamo la proposta alle autorità competenti.

I medici rurali del Comune di Roma. — Si sono adunati nella sede degli impiegati comunali ed hanno concretato un programma d'azione diretto ad ottenere un miglior trattamento di riposo.

L'adunanza fu presieduta dal dott. Augusto Maggi, assistito per il Consiglio direttivo della Mutua assistenza dal segretario Pietro Ascenzi.

Il memoriale, firmato da tutti gli appartenenti alla categoria, sarà presentato alla Amministrazione del Comune con preghiera di esaminare benevolmente ed accogliere le legittime aspirazioni dei benemeriti sanitari dell'Agro Romano, fondate su principî di equità e giustizia.

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

Somme pervenuteci precedentemente e da noi già versate alla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Sanitari del Regno, come da lettera sotto riportata, L. 4202.77.

Raccolte dal cap. med. Catucci dott. Dino tra la famiglia medica della testa di linea di Cormons ed inviateci mediante assegno sulla Banca d'Italia N. 0,352,857-6226 (3° versamento):

S. ten. med. Parmeggiani dott. Gustavo . L. 5.—
Asp. med. Rial Manlio . . . . » 5.—
S. ten. farm. Scala Oreste . . . . . . » 5.—
Asp. med. Francioni Giuseppe . . . . . » 5.—
Ten. med. Medri dott. Osvaldo . . . . » 5.—
Cap. med. Pentimolli prof. Francesco . . » 5.—
Cap. med. Luna dott. Francesco . . . . » 5.—
Cap. med. Stabilini dott. Cesare . . . . » 5.—
Ten. med. Brusotti dott. Arturo . . . » 5.—
Cap. med. Lurà dott. Angelo . . . . . » 5.—
Cap. med. Angelillo dott. Francesco . . » 5.—
Ten. med. Panella dott. Emilio . . . . » 5.—
Cap. med. Addario dott. Francesco . . . » 5.—
Cap. med. Crossonini dott. Ernesto . . » 5.—
Ten. med. Cicco dott. Anselmo . . . . » 5.—
Ten. med. Marinelli dott. Filippo . . . » 5.—
Mag. med. Baldassarri dott. Luigi . . » 5.—
Cap. med. Savagnone dott. Ettore . . . » 5.—
Cap. med. Eliantonio dott. Domenico . . » 5.—
Asp. med. Falconi Adriano . . . . . . » 5.—

Totale L. 100.—

La sottoscrizione continua.

Dalla Presidenza della Federazione degli Ordini dei medici ci si comunica:

Bologna, 3 ottobre 1917.

Ill.mo Signore,

Con vivo compiacimento ho ricevuto la sua pregiatissima 25 settembre 1917 con l'acccluso vaglia di L. 1004.57 di cui ho subito versato l'importo al «Fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e loro famiglie».

Sono così L. 4202.77 che codesta Spett. Amministrazione del *Policlinico* ha raccolto e versato per il nostro Fondo di soccorso.

Nel rinnovarle le più sentite espressioni di riconoscenza per l'attiva cooperazione data per il buon esito della nostra sottoscrizione, la prego di accogliere i migliori e più distinti saluti.

Il Presidente: LUIGI SILVAGNI.

Il fascicolo 10 (1° ottobre 1917) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. N. PENDE - *Modificazioni del cardiogramma elettrico, per aumento del lavoro del cuore.*

II. Dott. G. FUMAROLA ed ERMANNO MINGAZZINI - *Contributo clinico e sperimentale allo studio del riflesso oculo-cardiaco.*

III. ANTONIO FARA - *Intorno all'iperindacanemia.*

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7014) *Esonero dal servizio militare - Indennità caro-viveri.* — Dott. E. A. 2161 da Z. di G. — Col compimento del 32° anno di età non si integra di diritto l'esonero già precedentemente accordato e perduto per effetto della disposizione contenuta nel D. L. 12 novembre 1916, n. 1529, in cui è tassativamente detto che sono revocate tutte le dispense e le esonerazioni concesse ai medici delle classi dal 1884 in poi in base al regolamento approvato con R. Decreto 13 aprile 1911, n 374, ed al Decreto Luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469. Stando a quanto Ella ha esposto nel quesito, crediamo che Le competa l'indennità caro-viveri, la quale era già stata accordata a tutti gli impiegati comunali anche prima della emanazione del D. L. che la rende obbligatoria per tutti.

(7015) *Tassa di famiglia o focatico - Obbligo di pagamento.* — Dott. D. P. da F. — L'obbligo del pagamento della tassa focatico incombe a tutti coloro che risiedono in determinato Comune, non ostante non abbiano in esso legale domicilio. Ella, quindi, esercitando costà la carica di medico condotto non può esimersi dal pagamento di tale imposta.

(7016) *Pensioni.* — Dott. M. V. da M. Col versamento volontario di lire 132 per la durata di anni 11 Ella aumenterà di lire 162.04 la pensione annua che se competerà in base a 61 anno di età ed a 35 di servizio. In tutto avrà annue lire 2370.04. Con 66 anni di età e 45 di servizio riceverà, invece, la complessiva somma di lire 3284.06.

(7017) *Ricchezza mobile - Pensione.* — Dott. C. B. 3238 da Z. di G. — Anche sulla diaria come interino si deve pagare la tassa di R. M. la quale colpisce ogni cespite di entrata professionale. Il periodo di servizio interinale vale agli effetti della pensione unicamente per l'acquisto del relativo diritto.

(7018) *Sostituzione del medico condotto durante il servizio militare.* — Dott. R. O. da C. d'O — Durante i giorni in cui dovrà assentarsi dal Comune per subire la visita presso la scuola di Sanità militare in Firenze, è obbligo della amministrazione municipale di provvedere al rimpiazzo trattandosi di assenza forzosa e non facoltativa.

(7019) *Alloggio gratuito al medico condotto.* — Sig. Dott. V. C. da P. — Non si può in tesi astratta stabilire se il Comune sia tenuto a darle l'alloggio gratuito, perchè tale concessione è unicamente subordinata ai patti che sieno stati all'uopo tassativamente preordinati nel capitolato di servizio.

(7020) *Caro viveri ai medici condotti.* — Dott. abbonato 3865. — Stando al disposto dello articolo 1°, capoverso ultimo del D. L. 26 luglio 1917, n. 1181, che fa salve le maggiori concessioni debitamente approvate precedentemente fatte dai Comuni ai proprii dipendenti, non v'ha dubbio che Ella debba seguitare a riscuotere la somma mensile di lire 30 e che alla riscossione stessa non è di ostacolo l'ammontare complessivo dello stipendio, superiore alle lire 4500

(7021) *Indennità caro-viveri.* — Dott. M. I. da G. S. — All'ufficiale sanitario provvisto di stipendio di lire 400 spetta l'indennità caro-viveri nello ammontare di lire 16.66 mensili, pari, cioè, alla metà della rata mensile dello stipendio che è di lire 33.33.

(7022) *Sussidii alle famiglie dei militari richiamati o trattenuti sotto le armi - Commissione.* — Sig. dott. R. T. L. da M. Il medico comunale non fa sempre parte della Commissione incaricata dello esame delle domande di sussidio delle famiglie dei richiamati o dei trattenuti sotto le armi. Egli è chiamato a farne parte con diritto a voto sol quando qualche membro della famiglia del richiamato sia inabile al lavoro. Di ordinario la detta Commissione è formata dal Sindaco, che ne è il presidente, dal Comandante locale dell'arma dei RR. CC. e dal presidente della Congregazione di Carità. Ciò fu stabilito nell'Atto 118 pubblicato sul giornale militare del 1907, n. 22.

Qualora il giudizio sulla inabilità a lavoro proficuo di qualche persona debba essere emesso dalla Commissione, il medico, che dovrà far parte di essa, non dovrebbe emettere preventivo analogo certificato, riservandosi di dare a voce in seno alla Commissione tutte le delucidazioni che il caso richiede. Qualora non esista nel Comune altro medico, l'interessato anzichè produrre il certificato, dovrebbe limitarsi ad accennare semplicemente la propria inabilità al lavoro, lasciando alla Commissione il relativo accertamento, che dovrà essere necessariamente eseguito a mezzo del medico municipale membro della medesima.

(7024) *Comune insolvente - Aumento di ufficio dello assegno all'Ufficiale sanitario - Approvazione.* — Dal P. D. G. da O. di P. Giustamente la G. P. A. si è limitata a dare semplicemente il suo parere favorevole sulla proposta di aumento di assegno all'Ufficiale sanitario in un Comune insolvente giacchè per effetto dello articolo 40 del Regolamento 24 dicembre 1900, n. 501, spetta alla Commissione centrale l'approvazione di tutti gli atti che apportano variazioni al bilancio. Sarebbe, però, stato necessario che la proposta del R. Commissario fosse stata fatta sotto forma di deliberazione e non con semplice lettera. Tale deliberazione col parere della Giunta provinciale amministrativa avrebbe dovuto essere sottopoosta alla approvazione della predetta Commissione centrale pel credito comunale.

(7025) *Indennità caro viveri.* — Dott. A. N. da B. S. L'articolo 1°, capoverso 3° del D. L. 26 luglio p. p., n. 1181, dispone che l'impiegato che presta servizio presso più enti pubblici locali ha diritto ad una sola indennità caro-viveri, che vien ripartita a carico di ciascuno degli enti obbligati proporzionatamente agli stipendi dovuti. Ella, quindi, ha diritto alla indennità, ma però Le dovrà essere corrisposta da entrambi i Comuni presso cui presta servizio nella misura superiormente accennata per ognuno di essi.

(7026) *Denunzia di parto all'Ufficio dello Stato civile.* — Dott. P. R. da T. L'articolo 373 del Co-

dice civile tassativamente prescrive che nei cinque giorni successivi al parto si deve fare la denunzia all'uffiziale dello Stato civile del luogo. Tale denunzia deve essere fatta dal padre o da un suo procuratore speciale e in mancanza dal dottore di medicina o chirurgia o dalla levatrice o da qualche altra persona che abbia assistito al parto. Come vede, avendo Ella solo assistito al parto, non può, in mancanza del padre e della levatrice, esimersi dal fare la prescritta dichiarazione all'Ufficio dello Stato civile e ciò anche nel caso che la madre si opponga o lo vieti.

(7027) *Indennità caro viveri.* — Dott. P. D. L. da Z. di G. Nello stabilire la differenza di stipendio che debbono corrispondere i Comuni ai propri medici condotti chiamati sotto le armi non si computa l'indennità caro-viveri, che non è dovuta a coloro che non prestano servizio in atto alla dipendenza del Comune.

Doctor JUSRITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4902:

Non avendo prestato servizio in zona di guerra, non può essere promosso, a meno che non possieda i requisiti speciali per essere proposto alla promozione per «distinzione speciale» (cfr. art. 5, circolare 752, G. M., 1916); oppure, ma ciò è più difficile, per «*merito eccezionale*» (art. 13).

All'abb. n. 8661:

Per la promozione degli ufficiali effettivi, che si regola sulle necessità del servizio, man mano che esse si delineano, non si possono fare fondate congetture.

I tenenti medici effettivi con anzianità 1° maggio 1916 sono oltre cento.

È probabile che la prima metà di essi non tardi ad essere promossa, ma nulla, per ora, si può accertare in proposito.

All'abb. n. 8795:

È prescritto che con la giubba da campagna gli ufficiali medici portino la *buffetteria* usata dal corpo presso il quale prestano servizio.

È ovvio quindi che gli ufficiali medici addetti alle fanterie debbano portare la pistola appesa al cinturino, e quelli addetti alle armi a cavallo usino invece la bandoliera.

Il ruolo di anzianità degli ufficiali medici effettivi non si pubblica sul Bollettino, ma sull'Annuario Militare.

All'abb. n. 4870:

Qualunque categoria di ufficiali medici può essere promossa per merito eccezionale (articolo 13).

La promozione per nuovi titoli accademici riguarda solo gli ufficiali di complemento ed anche di milizia territoriale e di riserva, che passano, in tal caso, con la promozione, nel ruolo di complemento.

Agli abb. n. 6466 e 6976:

Vale la stessa risposta data all'abb. n. 4902.

All'abb. n. 3980:

Per la nomina ad ufficiale medico effettivo occorre aver meno di 32 anni di età. In ogni caso dovrebbe esser proposto per il grado di tenente.

All'abb. n. 3473:

Le promozioni dei capitani effettivi si sono arrestate alla data di anzianità del 1° ottobre 1913.

Vi è quindi molto da attendere ancora per la sua promozione a maggiore.

All'abb. n. 3411:

Veda la risposta data all'abb. n. 4902.

Per aver diritto alla promozione il servizio deve essere prestato effettivamente *in zona di guerra* con le truppe mobilitate.

All'abb. n. 2999:

Non esiste nessuna disposizione del genere di quella accennata dal collega. Circa il suo diritto all'avanzamento, non vi è alcuna disposizione che glie lo contesti, purchè sia *idoneo ad incondizionato servizio*, e le autorità da cui dipende avanzino la prescritta proposta.

All'abb. n. 6659:

La circolare di cui parla il collega porta la data del 31 gennaio 1917, n. 455/21.

Essa stabilisce che tutti i medici che hanno compiuto il 37° anno di età e che da un anno almeno trovansi in zona di guerra possono chiedere di essere assegnati ai servizi civici resisi vacanti in seguito al Decreto 12 novembre 1916, n. 1529.

All'abb. n. 4676:

Certamente.

All'abb. n. 1426:

La visita a Firenze riguarda per ora i militari di truppa e non gli ufficiali.

Il collega, essendo ufficiale, ne è escluso.

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

ROMA. *Ministero della Marina, Ispettorato di Sanità.* — Con D. M. è aperto un concorso — *a titoli* — per la nomina di 20 sottotenenti medici di complemento nella R. Marina. Le condizioni per l'ammissione a tale concorso ed il relativo procedimento sono stabiliti dal regolamento approvato col R. decreto n. 230 in data 5 marzo 1914. Ciascun aspirante — laureato in medicina e chirurgia, anche se rivesta un grado militare e purchè nato non prima del 16 settembre 1887 — farà pervenire al Ministero della Marina (Ispettorato di Sanità), non oltre il 31 dicembre del corrente anno, la domanda di ammissione al concorso, su carta bollata da L. 2, con la indicazione del proprio domicilio e corredata del Diploma originale di Laurea, di tutti i documenti indicati all'art. 2 del regolamento e dei titoli che egli intenda produrre pel concorso stesso, tenendo presente: 1° Che i titoli di carriera ed il prescritto certificato concernente le votazioni di tutti gli esami universitari sostenuti (obbligatori

e liberi) dovranno essere stati legalizzati dalle competenti Autorità; 2° Che dei titoli scientifici (da inviarsi cinque copie di ogni lavoro), giusta il disposto dell'art. 3 lett. b) del regolamento, la Commissione giudicatrice prenderà in esame soltanto quelli originali sperimentali e di osservazione clinica pubblicati per le stampe. Della totalità dei titoli dovrà essere allegato alla domanda un elenco specificativo. Riconosciuta la regolarità dei documenti esibiti dagli aspiranti, costoro saranno informati, al rispettivo domicilio, dell'ammissione al concorso e, poi, del suo risultato. Copie del decreto e del suindicato regolamento potranno essere chieste alle Direzioni degli ospedali principali militari marittimi (Spezia, Napoli, Venezia, Taranto e La Maddalena), ovvero all'Ispettorato di Sanità al Ministero della Marina.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

PREMIO BACCELLI. — La Facoltà medica dell'Università di Roma ha assegnato il premio Guido Baccelli «al merito clinico», istituto dall'Istituto Nazionale Medico Farmacologico, ai professori Vittorio Ascoli, Domenico Lo Monaco e Nicola Pende.

Nell'ultima Sessione di estate, in data 23 agosto, la Società di neurologia e psichiatria di Buenos Aires ha nominato ad unanimità membro onorario della medesima il Prof. G. Mingazzini, della R. Università di Roma. All'amico e all'egregio nostro collaboratore i nostri più cordiali rallegramenti.

Il prof. Umberto Arcangeli, primario degli Ospedali di Roma, già libero docente di patologia medica, ha conseguito anche la libera docenza in clinica, per titoli scientifici. Rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE

Il convegno di Salsomaggiore.

Il 16 settembre ebbe luogo a Salsomaggiore una riunione di medici, indetta dai professori Devoto, G. Ruata e Vinaj per un primo scambio d'idee sopra varie questioni concernenti le Stazioni idrominerali e climatiche, in vista di contribuire al loro rinnovamento e ad una più efficace loro messa in valore per il dopo guerra, in guisa da attirare ad esse anche forti correnti straniere, levandoli dagli imperi centrali.

Presero parte al convegno i proff. Pagliani, V. Ascoli, Monti, G. Pedrazzoli, Zoia, Bertarelli, Ottolenghi, Cattaneo, Gasperini, Viola ed altri.

Furono svolti numerosi temi.

Per l'assicurazione dei contadini contro le malattie.

Il prof. Innocenzo Clivio, commissario prefettizio presso l'Ordine dei medici della provincia di Milano, traendone occasione da un appello lanciato dal prof. Cristalli nel Bollettino dell'Ordine dei medici della provincia di Napoli, sollecita, mediante una circolare, gli Ordini dei medici e le Sezioni dell'A. N. M. C. ad adoperarsi perchè l'assicurazione contro gl'infortuni dei lavoratori della terra venga subito integrata con l'assicurazione contro le malattie, e ciò anche a titolo di premio per le benemerenze acquistate dai contadini in questa guerra. Il prof. Clivio rileva i vantaggi che l'invocata riforma recherebbe, sia nell'intensificare la cura e la profilassi delle malattie più diffuse come la tubercolosi, la malaria e le infezioni venereoluetiche, sia nel dare maggiore sviluppo all'assistenza ospedaliera.

Elargizioni e lasciti.

Il prof. Cesare Merletti, direttore della Scuola di Ostetricia di Ferrara, ha elargito la cospicua somma di lire 20,000 a quegli Asili infantili, sia per rinsanguarne l'azienda finanziaria, sia per onorare la memoria del fondatore prof. Carlo Grillenzoni, che fu direttore della Scuola d'Ostetricia.

Il cav. Daniele Vitalevi da Vercelli ha lasciato, morendo, 500,000 lire per la fondazione in Torino e in Vercelli di due Asili infantili, L. 50,000 alla facoltà di medicina di Torino e altre somme cospicue.

Il tenente colonnello medico Francesco Superno, defunto a Firenze, ha lasciato il suo patrimonio di lire 70,000 all'opera Pro Mutilati.

In onore del compianto suo padre Roberto De Sanna la signora Maria De Sanna di Napoli ha offerto alla Croce Rossa 100,000 lire per la costruzione di un padiglione da intitolarsi al defunto, per raccogliere soldati tubercolosi reduci dal fronte.

A Napoli il conte Francesco Matarazzo, già noto per le sue numerose filantropiche iniziative, ha destinato la somma di lire 100,000 per la costruzione di un «Sanatorio diurno», mezzo utilissimo di cura e di profilassi antitubercolare, di cui in Italia non esiste quasi altro esempio. Nel sanatorio diurno gli ammalati rimarranno per tutta la giornata, ricevendo cure e nutrimento adeguato, e ritornando alle loro case per passarvi la notte, misura questa che rende possibile la cura a molti che non si arrenderebbero ad un completo allontanamento dalla famiglia, e per il loro stato non grave non ne riconoscerebbero neppure la necessità.

L'ospedale Maggiore di Milano ha ricevuto un'altra cospicua elargizione, di 50,000 lire, lasciate dal sig. Luigi Coccini, testè deceduto.

Il signor Vitaliano Rotellini, per onorare la memoria del figliuol suo Amerigo, eroicamente caduto in combattimento, ha inviato al Direttore del «Giornale d'Italia» la somma di lire 30,000, da dividersi così: lire 20,000, per un letto intestato al nome di Amerigo Rotellini, nel Sanatorio fondato dal giornale; lire 3000 per tre quote di soci fondatori dell'Istituto stesso; lire 7000 per altri scopi di beneficenza.

Il sanatorio per bambini tubercolotici di Ariccia.

È sorto per iniziativa del *Giornale d'Italia.* Il sanatorio occupa un'ala dell'Istituto ortopedico fondato dalla famiglia dei principi Chigi, ma provvisoriamente i bambini sono ricoverati in un grande padiglione Docker ed in una tenda Morelli offerti dal ministro dell'interno. S. E. Boselli ha visitato, or non è molto, le due benefiche istituzioni ed ha rivolto parole calde di elogio ai dirigenti.

La Pia Opera Ospizio Marino e Istituto Rachitici di Padova.

Da una relazione del direttore dott. D'Ancona rileviamo l'attività esplicata dall'Istituto in sedici mesi di guerra (giugno 1915-settembre 1916). Esso dispone di un edifizio proprio, in cui sono allogati l'asilo e l'ambulatorio; ne fanno anche parte i locali per bagni e docce, un reparto di ginnastica medica, ampie terrazze per l'elio-terapia, un giardino. Nell'Asilo per lattanti furono preparate e distribuite 25,000 bottigline di latte; le presenze di bambini svezzati (dai due ai tre anni e mezzo) vi furono di oltre 15,000; i bambini accolti venivano custoditi, alimentati e curati. Nel dispensario vennero curati oltre 2500 bambini. Furono eseguiti oltre 1000 bagni; la ginnastica medica fu praticata su circa 914 bambini; l'elioterapia venne estesa a tutti i bambini accolti nell'asilo ed a molti del dispensario. L'attività dell'Istituto si è svolta in gran parte a benefizio di bambini figli di richiamati e di profughi.

Un nuovo antisettico.

All'Accademia delle Scienze di Parigi il prof. Augusto Lumière ha reso conto dei risultati ottenuti con un nuovo processo delle ferite di guerra per mezzo dello joduro di amido. Il prof. Lumière, in seguito a numerose esperienze, propone di sostituire le soluzioni semplicemente iodate con soluzioni contenenti ioduro di amido che sarebbe di un valore antisettico molto superiore. Secondo la natura delle ferite il prodotto può essere adoperato allo stato di soluzione e sotto forma di polvere.

Corazza per le truppe combattenti.

Il prof. Delorme, medico ispettore generale dell'esercito francese, ha compiuto una serie di esperienze sui servizi che potrebbe rendere per la protezione degli organi più delicati dei torace e dell'addome una corazza protettrice. I tedeschi per alcune truppe di assalto le hanno già da tempo adottate. La corazza francese sarebbe costruita da lamine di acciaio dello stesso spessore degli elmetti attualmente in uso e avrebbe per scopo di garantire le regioni ove le ferite sono in genere di più gravi conseguenze. Per esaminare la proposta del dottor Delorme è stata nominata una Commissione composta dei signori Pinard, Kermorant e Renier.

Condanna di un professore in Germania.

Il prof. C. G. F. Nicolai, docente di fisiologia nell'Università di Berlino, è stato retrocesso da Medico di Stato Maggiore a semplice soldato di sanità e condannato, pare, a 5 mesi di carcere, per essersi contenuto ed espresso contro la guerra e per avere rifiutato il giuramento di fedeltà alla bandiera.

Già in precedenza si erano adottate delle misure contro di lui. Nell'estate del 1915 egli aveva iniziato all'Università di Berlino un corso, molto frequentato, sulla fisiologia della guerra; di lì fu mandato all'Ospedale di Graudenz, dove lo raggiunse una denunzia; questa per allora non ebbe seguito, grazie alla qualità del prevenuto; alla fine il Nicolai è stato colpito dall'autorità militare.

Un clinico viennese processato.

Il prof. Leon Blum, dell'Università di Vienna, è stato assolto, dopo dieci mesi di carcere preventivo e dopo un clamoroso processo, dall'imputazione di aver procurato fraudolentemente la riforma di militari.

È risultata nel modo più luminoso la sua innocenza; invece si è profilato un complotto organizzato dalla polizia viennese, allo scopo di dare un esempio impressionante colpendo la persona di un clinico molto in vista; erano stati inviati cioè alla sua visita abili simulatori, allo scopo illusorio di sorprenderne la buona fede.

Un furto agl'Istituti Clinici di Milano.

Dallo studio del notaio Angelo Moretti di Milano è stato sottratto, con scasso, tra gli altri, un titolo di rendita intestato agli *Istituti Clinici di Perfezionamento,* del valore di un milione di lire.

In un paesetto, alle pendici dell'altipiano di Bainsizza, cadeva gloriosamente un giovane e valoroso collega: il dott. GUGLIELMO SIRACUSA, da Castroreale di Sicilia. Chiamato alle armi fin dal principio della nostra guerra, aveva interrotta la sua brillante e promettente carriera, che lo aveva già portato al posto di aiuto negli ospedali riuniti di Roma, ed era andato a prestare l'opera sua preziosa, di chirurgo provetto, tra le file dei combattenti. Vero eroe della scienza e della pietà, cadde nel modo più nobile: colpito da un grosso proiettile austriaco, che s'abbatteva sull'ospedaletto, nel mentre stava a medicare alcuni feriti. Gloria a Lui, onore e conforto al venerando padre ed alla famiglia dolorante e orgogliosa a un tempo.

T. F.

Indice alfabetico per materie.

Afta epizootica: nuovi studi . . . . . *Pag.* 1270
Consulenza d'Armata . . . . » 1275
Diabete insipido ed ipofisi . . . . . . » 1271
Diabete e guerra . . . . » 1271
Dissenteria: cura con l'emetina . . . . » 1273
Epilatori. . . . . » 1273
Ferite settiche: cura mediante irrigazione con drenaggio capillare . . . . » 1257
Ferite: terapia fisica degli esiti . . . *Pag.* 1265
Ipernefroma e sviluppo genitale precoce. » 1271
Periartriti traumatiche scapolo-omerali . » 1270
Perniciosa malarica a sindrome tetanica » 1269
Pituitrina: pericoli nel parto . . . . » 1272
Scuole mediche castrensi: ancora le — . » 1274
Timectomia: modificazioni del sangue . » 1270

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, resp.

Anno XXIV. *Roma, 21 ottobre 1917* Fasc. 48.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE.

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Servizi sanitari: A. Murri: Sulla diagnosi di tubercolosi polmonare. — **Lavori originali**: A. Capogrossi: Autosieroterapia endorachidiana della meningite cerebro-spinale epidemica e Sieroterapia ordinaria. — **Apparecchi e strumenti nuovi**: E. Morelli: Una modificazione all'apparecchio per pneumotorace. — **Osservazioni cliniche**: M. Condorelli-Francaviglia: Anemia da «Necator americanus» (W. Stiles) in una recluta proveniente dal Paraguay.
Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Sulla spirochetosi e sulle bronchiti micosiche. — TERAPIA: La splenectomia e la trasfusione nell'anemia perniciosa. — **Posta degli abbonati.** — **Varia**: Fisioterapia agricola dei feriti in Francia. — **Cenni bibliografici.**
Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale: Ufficiali medici esonerati. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Amministrazione sanitaria**: Risanamento delle terre malariche. — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

SERVIZI SANITARI.

Sulla diagnosi di tubercolosi polmonare

del prof. A. MURRI.

Il prof. E. Maragliano ha avuto il merito d'ammonire i medici militari di non tenere nell'esercito i tubercolosi oltre il tempo necessario per riconoscere la loro malattia. Egli ha piena ragione di lamentare, che talora malati siffatti si trascinino da ospedale militare in ospedale militare senz'alcuna ragione: non ne profitta il povero tubercoloso, che forse potrebbe curarsi meglio, se fosse libero: non ne profitta lo Stato, che spende per uno, che non può più diventare un difensore della patria: non ne profittano i commilitoni, che dal compagno infetto possono essere infettati.

Non si dovrebbe fare qualche considerazione analoga anche per i giovani, che ora son chiamati a nuova visita? Nel *Bollettino Ufficiale* delle cause d'esenzione dal servizio militare è indicata «la tubercolosi polmonare anche incipiente, accertata con osservazione in ospedale militare».

Dovrà, dunque, intendersi, che tutt'i giovani malati di tubercolosi polmonare debbano entrare all'ospedale per essere diagnosticati? Sarebbe irragionevole, perchè nel più dei casi tale diagnosi si può fare in cinque minuti da tutti e dovunque: bisognerà, dunque, pensare che queste osservazioni da eseguirsi in ospedale militare non son quelle, che possono esser fatte direttamente dal medico pratico. L'ordine è giusto, ma non può valere per tutt'i casi. Siccome ci sono degli uomini, i quali pensano che tutto ciò ch'è antico val più del nuovo, non è imprevedibile il pericolo di trovare de' medici, i quali condannino a una vita ospedaliera tutt'i giovani malati di tubercolosi polmonare, non fosse che per altro, per darsi l'aria di gente studiosa ed educata nei laboratorii, unica sorgente di luce scientifica per essi. Potrebbesi anche dire che la formula usata nell'elenco ufficiale « *accertata con osservazione in ospedale militare* » conforterebbe coloro, i quali credessero che per far la diagnosi di tubercolosi polmonare fossero indispensabili la tubercolina di Koch, la prova di von Pirquet, la sieroprecipitazione. Tali ricerche han di certo qualche valore, ma il più delle volte sono superflue. Fra due anni sarà già un secolo, che il libro immortale de l'*Auscultation médiate* comparve e rese d'un tratto ingiustificato il gran lamento di Baglivi per la difficoltà di diagnosticare le malattie del petto. Un secolo d'esperienza eseguita dappoi dovunque *risplenda il sole sulle sciagure umane* non ha mai smentito i fatti asseriti da Laënnec. L'unica cosa ragionevole, dunque, sarebbe quella di invocare i sussidii diagnostici nuovi solo nei casi, in cui quell'esame diretto dell'ammalato, che nell'esercizio privato basta alla diagnosi, non fornisse dati sicuri per il giudizio. Tutto dipende dall'affidare il compito di giudicare a persone che posseggano la perizia indispensabile. Certo, se si commette la diagnosi di una malattia polmonare ad uno, che in vita sua ha sempre diretto lo sguardo al cervello o alla bocca o alle ossa o all'uretra, è impossibile che non n'escano diagnosi spropositate e tanto più autoritariamente inflitte, quanto più sorrette dall'ignoranza presuntuosa. Noi medici siamo tutti persuasissimi, che l'interesse dello Stato deve prevalere su tutti gli altri interessi: e, s'è necessario che uno resti un mese o un anno in un ospedale, noi tutti siamo decisi a imporglielo. Ma per sentire questo dovere dobbiamo esser convinti, che il sacrifizio imposto a un cittadino sia utile ollo Stato e sia obbligatorio per quel cittadino. I medici militari sono, purtroppo, continuamente insidiati da tutti gli artifizii e da tutte le menzogne, che la viltà e l'egoismo insegnano. E non è italiana questa gran piaga: c'è da per tutto. Io non so chi dovrei ringraziarne, ma certamente io ho anche provato più volte la grandissima gioia di esser pregato a fare certificati di sanità a giovani, che volevano e non potevano diventare soldati d'Italia: e non erano mai nè contadini, nè operai, i soli che, a dar retta a certi apostoli di verità, sono quelli che vanno a morire per fare arricchire i banchieri e i fabbricanti di munizioni: erano invece di quella razza vilmente borghese, che da Cirillo e Battisti, nel 799, nel '21, nel '31, nel '48, nel '53, nel '57, nel '59, nel '66, trovarono gusto a morire per un'idea sul campo di battaglia o sulla forca. Sarà sempre lodevole, dunque, ogni studio, che sveli le truffe di coloro, che non vogliono pagare alla causa di tutti la loro parte di debito, ma lodevole non potrebb'esser più lo studio, che servisse a provare una cosa già sicura, tanto più se costasse danari allo Stato e sacrifizii ai cittadini. Non sarà (spero) il povero tisico con caverne e con sputo di bacilli, che dovrà *essere accertato coll'osservazione in uno spedale militare* e, magari, con indagine sierologica! Men che meno sarà uno, nel quale l'ispezione, la palpazione, la percussione, l'ascoltazione, la radiologia non rivelino alcuna modificazione patologica dell'organo respiratorio. In ultima analisi, dunque, le possibili contestazioni concernono quasi sempre ammalati, in cui in uno o in tutt'e due gli apici polmonari possono dimostrarsi processi cronici di bronco-pleuro-pneumonite.

Per risolvere il quesito, se nel caso individuale tali processi debbano o non debbano essere attribuiti all'azione del bacillo di Kock, gli espedienti diagnostici della così detta clinica moderna non hanno il valore che suolsi o vuolsi ad essi assegnare. A tutto concedere (e io, per me, non concederei) essi provano l'esistenza del processo tubercolare. Ma è passato il tempo, in cui vigeva la legge del Louis, la quale stabiliva che, se tubercolo c'era in un organismo, il polmone n'era certamente preso. Quello era un errore dell'Anatomia patologica e l'Anatomia patologica l'ha splendidamente corretto.

Oggi siam quasi giunti a invertire quella legge. Eppure a quel metodo anatomico-statistico difeso dal Louis siamo debitori d'una nozione di sommo valore per la Clinica, cioè che la tubercolosi il più spesso guarisce nonostante le condizioni, che sembrerebbero sfavorevoli alla guarigione. Buhl aveva già veduto, che quasi ogni cadavere, in cui egli riscontrava tubercoli, era preesistente un focolaio cascoso. Poi la sezione metodica *di tutti i cadaveri* dimostrò che negli adulti la esistenza d'un processo tubercoloso è d'una frequenza prima insospettata: Ne-

cker la trovò 70,21 %, Lubarsch 68,6 %, Burckhardt 91 %, Reinhart 96,38 %, Nägeli 98 %. L'aforisma di Nägeli, che ogni adulto è tubercoloso, eccede il valore dei fatti tra perchè le persone, i cui cadaveri furono da lui sezionati, rappresentavano la popolazione degli ospedali; tra perchè non tutti gli osservatori ebbero proporzioni così alte, come le sue.

Ma, ad ogni modo ,sarebbe tempo (mi pare) che il medico pratico non si contentasse più di possedere una nozione di tanto valore, come un gioiello gelosamente nascosto per non usufruirlo mai. Quando egli ogni giorno si sente spinto a curare i tisici, come piacerebbe all'ultimo che parla, dovrebbe rispondergli, che per credere ai prodigi del suo rimedio bisogna prima dimostrargli l'esistenza di quelle ignote azioni spontanee, le quali devono certamente agire per ottenere che di 100 tubercolosi quasi 80 non muoiano di tubercolosi. E al Sahli, il quale afferma che il suo rimedio avvalora questi poteri benefici, non sarebbe irrispettoso di chiedere, non che immagini, ma che dimostri quali sono questi poteri, in che maniera il rimedio li rende più operosi, com'è ch'egli può provare d'averli resi più attivi. Questa è una moderna e logica invocazione di quell'antica e veneranda Iddia cara ai poveri medici pratici, la *Vis medicatrix naturae*, alla quale e medici e malati devono la guarigione di tanti tubercolosi.

Ora si può proclamare come una verità scientificamente sicura ciò che qualche decennio addietro sarebbe sembrato anche ai più veggenti un controsenso: *il tubercolo è uno dei processi che più frequentemente guariscono.* Ma poi bisogna dire, come dicevano un tempo « *adagio ai ma' passi!* ». Qui non parliamo di tubercoli in genere, ma specialmente di tubercolosi *polmonare!* L'elenco delle cause d'esonero parla proprio di questo. E perchè? Perchè l'esperienza clinica ha sempre dimostrato ch'essa è una malattia gravissima. Altro è aver bacilli nei gangli linfatici o in un'articolazione: in tali casi il malato ha molta probabilità di rivivere, come era vissuto prima. Altro è aver bacilli in una pleura, altro è averli nella meninge cerebrale: se una meningite tubercolosa è quasi sempre mortale, una pleurite tubercolosa è di per sè raramente mortale. Ogni tessuto, ogn'organo ha la propria economia patologica: per questo una sierosa tubercolosa non è la cosa stessa nel pericardio, nelle pleure, nel peritoneo o nella meninge.

Il polmone poi è uno degli organi più sfortunati. Ad esso devesi la terribile fama, che s'è fatto il tubercolo, e perchè nel polmone il bacillo trova cooperatori che non trova altrove, e perchè l'importanza della funzione respiratoria sovrasta.

Aiutato da tale cooperazione il bacillo resiste più validamente ai benefici conati della natura medicatrice e ottiene la vittoria sull'organismo. Dunque è provato, provatissimo, che una tubercolosi non difficilmente può arrestarsi là dove si svolse dapprima; però è provato altresì che tale arresto nel polmone è tutt'altro che definitivo. E s'è vero, che su 100 cadaveri, nei quali si ritrova il bacillo di Koch, non è la tubercolosi la causa più frequente di morte, non è lecito però dimenticare che in più del 20 % di tali cadaveri fu proprio la tubercolosi che pose fine alla vita. Che se finalmente è vero, che un processo locale, come non raramente s'arresta, anche non raramente si raccende, ciò è vero sopr'a tutto per la tubercolosi polmonare. Non bisogna lasciarsi abbagliare troppo dagli splendori, che la Clinica e la Patologia sperimentale fecero sorgere dal fatto, che certe infezioni fruttano all'organismo, che ne fu preso, un potere immunizzante. Il bacillo di Koch non possiede in alto grado questa prodigiosa virtù, poichè nulla potrà distruggere il fatto, che noi clinici siamo condannati a veder ripetersi tanto spesso, cioè che un malato di tubercolosi polmonare, di cui saremmo tentati di celebrare la guarigione, spesso, spesso e inaspettatamente, improvvisamente colpito o da tosse o da febbre ovvero da tubercolosi diffusa dell'organo respiratorio, ovvero da meningite tubercolosa, ovvero da tubercolosi miliare acuta. Ogni pratico, che sappia guardare e voglia vedere bene, volga indietro lo sguardo: s'egli ha qualche decennio d'esercizio, troverà nella sua memoria il ricordo di malati, che trascinatisi per anni ed anni tra risurrezioni e ricadute soggiacquero finalmente alla tubercolosi. Onde non è abusar della critica il sospettare, che di quei (78 %) cadaveri di tubercolosi, nei quali Nägeli e Reinhardt riscontrarono come causa di morte una malattia, che non era questa infezione, molti forse sarebbero pure stati vittime di essa, ove un'altra malattia non avesse antecedentemente posto termine all'esistenza di quegli organismi. Il medico, dunque, che gabella per *guarito* uno, che presentò o presenta segni certi di bronco-penumonite cronica dell'apice, afferma più di quanto sa: egli *non può sapere*, che ivi ogni bacillo è spento; non può sapere che un focolaio caseo-calcareo non esiste; non può sapere, che all'intorno del tessuto retratto, indurito, impoverito di contenuto gassoso non vadano svolgendosi granuli grigi o lungo le pareti vasali o nel tessuto peribronchiale o negli alveoli stessi del polmone circo-

stante. Che cosa mai potrebbe dargli questa sapienza? S'egli confida nella percussione e nell'ascoltazione erra già grossolanamente, perchè tali metodi d'indagine sono affatto impari allo scopo: peggio che mai se s'affidasse alla radiologia, che in questo almeno è anche più impotente: e se volesse tener conto della ipotrofia, dell'oligoemia, della febbre, della cutireazione, della prova colla tubercolina, non dovrebbe dimenticare che, se tali fenomeni hanno un qualche valore positivo, l'assenza di essi non può addursi come dimostrazione di assenza di pochi tubercoli grigi, i quali un lentissimo subdolo incedere del bacillo può far nascere intorno all'antico nucleo di bronco-pneumonite tubercolare *guarita*. A mio avviso, sono infinite le vicende, che la presenza di questo germe può attuare nell'organismo umano: per conseguenza tutte le descrizioni di varietà cliniche della tubercolosi, anche se desunte da natura, servono piuttosto a confondere il pratico che ad illuminarlo, poichè le identiche vicende non si ritroveranno mai.

La distinzione essenziale sarebbe appunto quella, che permettesse di riconoscere una quiete assoluta del germe patogeno o il suo procedere così lento da non si poter avvertire. Ma nemmeno lo sputo dei bacilli può valere, come indizio sicuro di distinzione, poichè ci son casi, in cui un tubercoloso seguita a sputar bacilli per anni e per decennii senza peggiorare visibilmente. La presenza di essi nello sputo basta alla diagnosi della tubercolosi polmonare, ma da sola non vale punto a darne la misura.

Io però affermo che anche se il bacillo manca nello sputo, il più delle volte possono bastare alla diagnosi gli antichi metodi d'esplorazione toracica, purchè esattamente impiegati. L'obiezione messa innanzi da taluno, che, quando è centrale il processo, le modificazioni polmonari non possono rivelarsi ai sensi, non ha valore per i casi comuni, perchè nell'apice manca quella profondità, che sarebbe necessaria al polmone per nascondere entro il proprio seno un processo anche mediocremente esteso. Un vero e grande acquisto diagnostico moderno ci viene dalla rivelazione dei processi tubercolari infantili e dalla radioscopia, che può farci svelare nei gangli linfatici del torace i testimonii della presistenza loro. Un tempo i medici tenevan conto delle glandole del collo, perchè, pur non conoscendo il bacillo, avevano veduto che gli scrofolosi soggiacevano spesso alla tisi. Ora sappiamo che per solito i gangli intratoraci, specialmente quelli dell'ilo polmonare, hanno un significato anche più esplicito dell'antica scrofola per la tubercolosi polmonare e possono essere svelati con una rapida indagine clinica. Tutto questo lavoro semeiotico, che può condurre d'un tratto ad un giudizio fondatissimo di tubercolosi polmonare, si può compiere in breve tempo e non esige lunghe investigazioni di laboratorio. Non voglio dire che questa diagnosi non possa eccezionalmente diventar difficile e dubbiosa, ma dico che non c'è malattia, in cui la diagnosi non possa diventare difficile sotto circostanze singolarmente rare e complicate. L'osservazione prolungata in un ospedale potrebbe dunque richiedersi solo, se si dovesse distinguere caso da caso e in particolar modo, se si dovesse determinare l'indole acuta, subacuta o cronica della infezione.

Nell'elenco non c'è cenno di questa distinzione e si dovrebbe credere che l'Autorità italiana sia stata più umana della germanica o della francese. Gli eserciti di queste nazioni non accolgono solo i tubercolosi latenti che non possono mancare in nessun'accolta di uomini: essi hanno veramente malati, che potrebbero dirsi anche tisici.

La Francia (si sa) difetta di uomini e per quanto i pochi compensino col valore insigne la scarsità del numero, pure essa non può rinunziare nemmeno ai malati. In Germania sono obbligati (credo) al servizio anche coloro, che escono come *guariti* da un sanatorio o che son dichiarati abili a tornare ai loro mestieri. Noi però sappiamo anche troppo bene ciò che si deve intendere per *guariti* di un sanatorio: sono spesso persone, che dopo uno, due o tre anni, ricadono.

Se qualcuno mi chiedesse ora com'io sia venuto a queste dichiarazioni, io gli direi che la risposta è già stata data da me nell'affermare, che le prove della così detta Clinica moderna possono forse svelare l'esistenza di un processo tubercolare, ma non dimostrano la *tubercolosi polmonare*. Ed è questa, invece, che si deve dimostrare per esentare un giovane dal servizio militare. Il n. 64 dell'elenco delle infermità, che dan diritto a riforma, specifica la tubercolosi polmonare, non una tubercolosi qualunque. E bene sta, poichè tra le sedi senza numero, che il bacillo può scegliere, quella del polmone è l'origine di morte di gran lunga la più frequente. Se si dovessero esentare tutti coloro, che hanno in corpo qualche bacillo, gli sterminati eserciti moderni diventerebbero impossibili. E volentieri convengo, che sarebbe molto meglio: ma poichè le altre nazioni (meno l'America forse) non fanno altrettanto, come potrebbe farlo l'Italia, che coi suoi 36 milioni di abitanti non può giungere ad avere tutti quei milioni d'armati, che le oppongono l'Austria

e la Germania? Io non miro punto a giustificare una delle tante iniquità della guerra: dico che, poichè la guerra ci è imposta, così non possiamo farla in modo meno barbaro per perdere. Per fortuna l'Anatomia patologica ci ha offerto una nozione di gran conforto, ed è che moltissimi di coloro, che hanno in corpo tubercolosi, non muoiono di tubercolosi. Il terrore, che nei medici e nei non medici incute l'idea della tubercolosi, nasce molto dal fatto, che la tubercolosi più spesso diagnosticata è quella del polmone, ch'è la più mortifera. I fatti, che finora ci son noti, non ci consentono d'affermare, che la vita militare aggravi sempre la condizione di quelli, che, pur racchiudendo in sè qualche isola invasa da tubercoli, hanno tuttavia immune l'organo del respiro. Si può credere tanto che gli strapazzi e le privazioni di una campagna l'aggravino, come anche che la vita all'aperto, l'esercizio muscolare, il cangiamento di clima e di abitudini accrescano invece i poteri di resistenza dell'organismo umano contro il bacillo. Ciò che non si può credere è che coloro, ch'ebbero un processo tubercolare dell'organo respiratorio, non sieno spesso esposti *anche* a maggiori pericoli di peggioramento o di ricadute, poichè l'affaticamento dell'organo respiratorio, la mancanza del riposo, l'alimento non sempre ottimo, le vive emozioni, le malattie infettive non infrequenti, sono circostanze, che ogni medico considera come dannose a chi abbia tendenze alla tubercolosi. Che se taluno trovasse strano che, avendo io detto dianzi poter la vita militare esser propizia a taluno, io dico ora che non sarebbe benefica ad altri, non durerei troppo fatica a rispondere che tale differenza di effetti è interamente spiegata dalle diverse attitudini biologiche, che i diversi individui recano seco nell'esercito.

Fischberg ha addotto la testimonianza di parecchi medici francesi per provare, che il servizio militare giova ai tubercolosi. Ma altrove si legge, che in febbraio 1917, circa 225,000 poveri soldati erano stati rinviati a casa per tubercolosi dall'esercito glorioso della Repubblica.

Laonde segue, che se sarebbe un eccesso il pretendere, che ogni organismo, in cui le prove di laboratorio facessero probabile la esistenza di qualche recondito focolaio tubercolare, dovesse eliminarsi dall'esercito, non sembra nemmeno opportuno l'includervi coloro, che l'indagine clinica permette di riconoscere affetti da un processo cronico dell'organo respiratorio, che colla massima verisimiglianza fu provocato dal bacillo di Koch. La più comune indagine clinica basta a dimostrare l'esistenza di pleuro-bronco-pneumoniti croniche in uno o in due apici polmonari. E io non voglio dire, che ogni processo degli apici sia necessariamente tubercoloso, quantunque pensi che troverei difficilmente un medico sperimentato, che udendo dei rantoli mucosi circoscritti e persistenti in un apice non pensasse a tubercolosi. Certo è che del famoso *Spitzen-Cathar*, di cui s'è sentito parlare in Germania per qualche tempo, oggi non si parla più: io, per mio conto, credo possibile il fatto, perchè possiedo osservazioni mie, che mi sembrano dimostrative: ma certo è che l'evento è di un'estrema rarità. Dico di più, che, se un catarro dell'apice non tubercoloso s'avvera, esso dura poco. Una delle proprietà più speciali del bacillo di Koch è che quando si è stabilito in un punto vi resta eternamente: la sua resistenza alle influenze per esso ostili è tale che, come si sa, vive per anni ed anni rinchiuso, ma sempre virulento. Qual'è l'altro processo morboso, che sviluppatosi in un apice polmonare vi resti per mesi e per anni?

Un'altra delle proprietà di questo terribile nemico può anche servire a rivelarlo, ed è che non c'è tessuto, ch'esso non invada: non è il catarro dell'apice, ma è la pleurite, la pneumonite, la bronchite dell'apice, ch'esso determina. E c'è di più: questi processi danno origine a degenerazione caseosa e allora l'esame dello sputo è per solito decisivo. Ma ci son casi e non pochi, nei quali l'esito è prevalentemente formativo e mancano lo sputo e perfino la tosse. Nullameno anche allora la diagnosi è possibile, poichè si può dimostrare che l'organo è rimpicciolito, contiene meno aria e più tessuto solido — condizione che attesta un processo antico e lento. E allora dimando da capo: qual'è l'agente, che suol portare cronicamente un indurimento e una retrazione del tessuto in uno o in due apici polmonari?

Gli aforismi dovrebbero esser banditi dalla Clinica ed invece la infestano sempre più.

Non io dunque vorrò affermare che ogni malato, il quale presenti unilateralmente o bilateralmente l'addensamento e la retrazione del tessuto polmonare debbasi considerare di necessità tubercoloso. Oso dire nullameno, che sarebbe più che mai impossibile l'affermare che un tale malato non avesse tubercoli nel polmone indurito e retratto. E nemmeno la cutireazione, la tubercolina, la sieroreazione varrebbero a portare la certezza di tale assenza, poichè non c'è alcun dubbio che tali prove possono riuscir negative anche là dove esiste certamente un processo tubercolare. Assai più fruttifera è l'analisi dello sputo, poichè la presenza in esso del bacillo costituisce l'unico segno indubitabile. Ma anche qui bisogna ricordare ciò che si sa fin dal giorno che fu sco-

perto da Koch il bacillo: questo può esistere nel polmone e non venir fuori. Con un'osservazione di 1,638 casi di tubercolosi studiati nel corso di 12 anni, Lyman non trovò che 593 casi, nei quali fosse costante la presenza del bacillo: in 483 questo comparve e disparve, in 562 mancò sempre. L'esistenza d'adeniti croniche nel collo o nelle ascelle o nell'ilo polmonare e lungo la trachea costituisce, a mio avviso, un argomento di conferma della natura tubercolare dell'addensamento e della retrazione apicale, che nei quali fosse costante la presenza del bacillo: Si sa infatti quanto sia comune nell'infanzia la tubercolosi dei gangli linfatici non solo del collo, fatto già notissimo ai medici, ma del torace e dell'addome: la loro esistenza, dunque, costituisce una fortissima presunzione in favore dell'idea, che l'agente, il quale occupa molte glandole, sia il medesimo, che ha invaso l'organo respiratorio inducendo in esso, anzi nelle sedi preferite da esso, le lesioni, che già un'esperienza secolare ha costantemente dimostrato esser proprie di quell'agente. Lo so: neppur questa è una dimostrazione diretta, che il bacillo esista nel polmone, ma è un'inferenza più vicina della cutireazione. E qual'è mai il giudizio clinico che attinga il grado della certezza assoluta? Ce ne sarà, ma pochi raggiungono tanta verisimiglianza, quanto la diagnosi della tubercolosi polmonare anche se priva della conferma del bacillo.

Un'obiezione facile a quanto io pretendo, esser cioè la dimostrazione d'un processo morboso cronico diffuso a tutti gli elementi anatomici d'uno o di due apici polmonari è sufficiente alla diagnosi clinica di tubercolosi polmonare, è che l'asserzione non sembra in pieno accordo coi fatti anatomici. Si trovano nei cadaveri dei processi cicatriziali degli apici, che non tutti gli anatomici considerano, come testimoni di tubercolosi guarita. Schuppel pensava ch'essi potessero derivare da processi tifosi, ma questa tendenza del tifo a determinare molto frequentemente infiammazioni croniche degli apici polmonari non ha molta conferma nelle osservazioni cliniche. L'ipotesi di Schuppel non ha trovato perciò adesioni e difatti gli anatomici più recenti propendono a ritenere le cicatrici come prodotte da tubercoli. Esatte osservazioni in contrario mancano, mentre invece Lubarsch, Schmitz e Lydia Rabinowitz dimostrarono bacilli virulenti anche in antichi focolai onninamente calcificati. Nullameno anche di recente Reinhart nel render conto di 230 cadaveri, nei quali la tubercolosi aveva avuto esito in cicatrici calcificate, ha creduto di non dover noverare come lesioni tubercolose *le piccole cicatrici degli apici polmonari* riscontrate in 122 di questi 230 cadaveri. Egli però non tenta nemmeno di darne un'altra genesi, aggiunge anzi ch'è notevole il fatto, che insieme con queste piccole cicatrici si trovi molto spesso calcificata una ghiandola bronchiale *vicina*. Se la calcificazione della ghiandola è ritenuta indizio di tubercoli, il dubbio che sia pur da tubercoli la vicina cicatrice apicale non mi par ragionevole.

Ma s'anche tal dubbio fosse giustificato per le piccole cicatrici degli apici, esso non potrebbe mai addursi come valida obiezione contro una diagnosi di tubercolosi polmonare nei casi nei quali le indagini cliniche svelano un addensamento e una retrazione, poichè le piccole cicatrici difficilmente si rivelano al clinico: esse cadono soltanto in osservazione dell'anatomico.

Se questi concetti fossero accolti dai medici, cui è devoluto il giudizio, molti dei giovani ora chiamati a novella visita, potrebbero essere esonerati dall'obbligo d'entrare in uno spedale militare. Io non dico che tutti coloro, che presentano qualche sintoma di processo morboso in un apice polmonare, debbano senza altro essere esentati: dico che per molti di costoro l'esame clinico basta a stabilire, se possano o non possano essere utili all'esercito: ciò ch'è necessario è che l'esame sia eseguito da medici versati nella indagine opportuna, non da dottori che in tutta la loro vita hanno avuto altri intenti o, peggio, da quelli, che l'arte medica stimano consistere nello scrivere una ricetta. Nell'ospedale potrà chiarirsi, se alcuni sintomi furono bene o mal valutati, se un'alterazione anatomica dell'organo respiratorio rappresenti uno stato oramai definitivamente stabilito ovvero un processo tuttora vigente, capace di danni ulteriori. Nel più dei casi però un esame clinico consapevole, coadiuvato dall'analisi dello sputo e dall'indagine radiologica, non ha il minimo bisogno d'essere soccorso da ricerche, le quali posson fornire soltanto notizie accessorie, benchè gabellate per scientifiche. È sacrosanto il diritto dello Stato di chiedere per la propria difesa il concorso di tutti i cittadini, ma non si difenderebbe certo il paese, se a malati manifestamente incapaci del servizio militare si vietasse di curarsi a modo loro, se s'aggravasse inutilmente il lavoro dei medici ospitalieri, se si accrescessero le spese del mantenimento dei soldati infermi senz'utilità di nessuno. Dove dunque la diagnosi si può far subito, perchè, non farla? E se non ci fossero molte diagnosi di tubercolosi polmonare, che possono farsi all'istante, quali diagnosi mai potrebbero esser fatte più rapidamente?

LAVORI ORIGINALI.

Autosieroterapia endorachidiana della meningite cerebro-spinale epidemica e Sieroterapia ordinaria

pel prof. dott. ACHILLE CAPOGROSSI,
maggiore medico di complemento.

Mentre sulla patogenesi e sulla epidemiologia della meningite cerebro-spinale epidemica esistono ancora discussioni, nessuno può negare l'efficacia della sieroterapia specifica endorachidiana. Con questo trattamento la cifra della mortalità è diminuita circa della metà e talora anche di due terzi e più (1).

Ho avuto in quest'anno l'occasione di osservare 38 casi di meningite, dei quali 27 risultarono certamente dovuti ad un meningococco intracellulare, uno era dovuto al bacillo di Koch; un altro presentò un essudato meningeo opalino a media pressione, con reazioni di Rivalta e zonale (2) negative, lieve aumento del contenuto di albumina, senza germi visibili nel sedimento, che era costituito quasi esclusivamente da linfociti grandi. I sintomi meningitici, che erano molto evidenti, svanirono rapidamente, e l'infermo guarì dopo una sola puntura lombare a scopo diagnostico. Negli altri 9 casi la ricerca del meningococco risultò negativa nel sedimento purulento dell'essudato meningeo; tuttavia per l'andamento clinico, per l'efficacia della sieroterapia (che fu praticata in tutti) e per l'epoca in cui si presentarono, è difficile non ammettere che la maggior parte di essi appartenesse alla meningite epidemica. Vero è che il criterio epidemiologico non può avere un valore assoluto, perchè in questa guerra si è veduto spesso mancare un vero carattere epidemico in varie malattie contagiose (dissenteria bacillare, tifo, meningite da diplococco intracellulare). Si è piuttosto osservato in Italia e anche fuori (3) lo scoppio presso a poco simultaneo di casi sporadici dovuti a stipiti diversi dell'istessa specie microbica. È questo lo scoglio principale della sieroterapia, come anche della vaccinazione preventiva. È molto verosimile che la varietà degli stipiti si verifichi anche in via ordinaria. I pratici hanno da tempo rilevata la diversa fisionomia clinica delle epidemie di una stessa malattia in regioni diverse e, più spesso, in epoche diverse.

Dei 27 casi batteriologicamente accertati, 25 furono trattati con iniezioni endorachidiane di siero (*). In due si fece l'autosieroterapia di cui parlerò più sotto. Si adoperò quasi in tutti i primi 25 il siero preparato dal Ministero dell'Interno. A pressione elevata del Liquor, se ne toglievano, con la prima puntura, 40-50 cmc., iniettando subito dopo una dose un po' minore di siero (30-40 cmc.). Le altre iniezioni si facevano per lo più di 20-30 cmc., a giorni alterni, o anche più spesso, o più di rado, a seconda dell'andamento della malattia. Le dosi complessive adoperate furono in generale non molto alte: 70-80-110-120-150 cmc. al massimo. In un caso, che recidivò, la dose complessiva raggiunse i 200 cmc., con esito in guarigione e con lievi disturbi da siero (orticaria). Qualche volta invece la dose fu scarsa (10-20 cmc.) e ciò in casi con essudato fortemente purulento, in cui anche con la prima puntura non si potè estrarre che pochissimo Liquor. In queste circostanze la morte spesso non diede tempo di ripetere l'iniezione. In uno di tali malati feci anche il lavaggio del cavo rachidiano con soluzione fisiologica sterile prima di iniettare il siero, allo scopo di allontanare il pus densissimo, ma senza risultato. Dei 25 casi, 12 guarirono completamente, 13 ebbero esito letale. In 9 dei casi terminati con la morte la cura col siero fu, per circostanze speciali, cominciata troppo tardi, e cioè il 6°, 8°, 10°, 11°, e perfino 15° giorno di malattia, ed il suo insuccesso si spiega. In 4 casi tuttavia la cura fu iniziata abbastanza presto, e cioè il 2°, 3°, 4° e 5° giorno dalla comparsa dei primi sintomi, e, sebbene condotta energicamente e col solito sistema, non valse ad evitare l'esito letale.

Riguardo al valore prognostico della sintomatologia clinica, da quanto ho osservato quest'anno e in anni precedenti nel servizio civile, posso dire che in generale decorrono benignamente quei casi che si presentano in individui giovani con Liquor di aspetto lattiginoso a forte pressione, con pochi germi e sempre intracellulari. In tali malati sono non di rado sufficienti, per la guarigione, semplici punture di scarico della pressione del Liquor, come in epoche precedenti è stato constatato da altri e anche da me. Il decorso è di solito più grave e non raramente letale quando invece il Liquor (come ho detto più sopra) è fortemente purulento e giallastro ed esce a stento dall'ago. Per lo più qui si tratta di individui già ammalati da qualche tempo. I meningococchi sono allora di solito in numero cospicuo e una gran parte di essi è extracellulare. Se con la sieroterapia si ottiene un miglioramento, è assai interessante vedere che il Liquor va chiarificandosi, scompaiono i germi liberi, rimangono solo i fagocitati e si attenuano i sintomi clinici. Si ottiene contemporaneamente anche una rea-

(*) Nella cura dei malati sono stato validamente coadiuvato dal sottot. med. dott. Salvatore Arcidiacono, con zelo e precisione grandissima.

le diminuzione del numero totale dei germi, che in ultimo finiscono con lo scomparire. Ma ciò accade anche nei casi, che vanno verso la guarigione senza uso del siero, con semplici punture di scarico. L'organismo può dunque disporre di difese analoghe a quelle della sieroterapia e anche sufficienti.

Un segno prognostico sfavorevole è in generale la comparsa di ittero e di pigmenti biliari nell'istesso Liquor. Un sintoma di buon augurio è invece l'integrità della funzione vescicale. La forte rigidità nucale, vertebrale e il delirio non hanno lo stesso triste significato dello stato stuporoso. Le emorragie cutanee possono presentarsi, secondo l'esperienza da me fatta in questo e negli anni precedenti, tanto all'inizio che in un'epoca inoltrata della malattia. Nel primo caso hanno un significato anche più grave. Ma il valore prognostico di questi sintomi è ben lontano dal non subire eccezioni.

* * *

Sebbene la sieroterapia endorachidiana dia la guarigione in un gran numero di casi, è certo tuttavia che può fallire anche quando è stata iniziata per tempo, in condizioni propizie e pure adoperando dosi enormi di siero. Ho già riferiti più sopra i 4 casi di questo genere in cui la cura fallì. Non mancano poi nella letteratura di questi ultimi tempi osservazioni analoghe. Tali insuccessi (come in via generale ho accennato) sono spiegabilissimi, perchè, dopo la scoperta del meningococco intracellulare fatta dal Marchiafava e Celli nel 1884 e la descrizione più dettagliata di Weichselbaum (1887), si è veduto che anche altri germi affini a quello possono essere causa di meningiti sporadiche o epidemiche. È evidente che i sieri specifici, appunto perchè sono tali, possono riuscire inefficaci se nella immunizzazione attiva dell'animale, che ha servito per prepararli, non è stato adoperato l'istesso germe, che è causa della malattia nell'uomo. Anche Comba dice che «la questione dell'efficacia della sieroterapia nella meningite cerebro-spinale da diplococco di W. non è ancora completamente risolta. Le difficoltà, che si incontrano per avere un siero sicuramente efficace in tutti i casi, sta essenzialmente nella variabilità dei diversi ceppi di diplococco del W., e nel fatto che forme di meningite cerebro-spinale clinicamente uguali possono essere sostenute da microorganismi affini al diplococco del W. (diplococcus crassus, parameningococco) sui quali il siero impiegato non ha alcuna efficacia» (4).

Vi sono casi in cui l'essudato meningitico, formando sepimenti, stabilisce una meningite *chiusa*, in modo che il siero non può giungere alle regioni più alte del midollo.

Per ciò che riguarda gli spazi subaracnoidei encefalici è assai dubbio che (anche senza aderenze) il siero possa giungervi. Ricerche di Bignami (5) hanno dimostrato che anche liquidi colorati (p. es. bleu di metilene) injettati nello speco attraverso uno dei soliti spazi interarcuali inferiori, non giungono di regola oltre il bulbo, rarissimamente fino al ponte, se il liquido è spinto in quantità e pressione moderate, come quando si injetta il siero. È pure notissimo che con punture lombari basse, a scopo anestetico, non si giunge ad agire sulle zone più alte, tanto che si sono praticate anche punture del canale subaracnoideo cervicale. Analogamente, nella meningite, è stata anche tentata la puntura dei ventricoli cerebrali (6). Lo scopo di allontanare materiale purulento e di diminuire la pressione potrebbe in ogni modo giustificare tale intervento. Ma se il siero introdotto per la solita via non giunge fino alla massa encefalica, il miglioramento dei fenomeni cerebrali non può dipendere da una sua azione *diretta*.

Bignami (*) ammette che l'azione del siero sia complessa e cioè diretta sui germi e sulle tossine, e indiretta per mezzo di una autovaccinazione prodotta dalla distruzione dei germi.

È assai raro, d'altra parte (se pure è possibile) che all'inizio della malattia, l'introduzione del siero sia impedita da aderenze esistenti nello spazio subaracnoideo vertebrale. Piuttosto quando, per la grande densità dell'essudato, non si riesce ad estrarne che poche goccie, si è trattenuti dall'injettare quantità sufficienti di siero pel timore fondatissimo di elevare ulteriormente la pressione.

Le aderenze, che si possono formare più tardi (in seguito a ripetute punture) nello spazio subaracnoideo vertebrale non possono essere invocate per spiegare l'inefficacia della sieroterapia praticata all'inizio della malattia. Più spesso è in giuoco (come si è detto) la varietà degli stipiti di meningococchi, anche secondo osservazioni più recenti (7).

È indispensabile perciò l'impiego di sieri polivalenti ottenuti da cavalli immunizzati fortemente con stirpi di meningococchi numerose e subito dopo che vennero estratte dai malati col liquido cefalo rachidiano.

Oltre l'intervento precoce è pure raccomandabile l'impiego di alte dosi di siero preparato da non più di tre mesi (Jochmann, l. c.).

Ma tutte queste considerazioni e il fatto di non poter controllare e dosare esattamente in

(*) Ho potuto ampliare quanto è riferito in proposito dal Bilancioni (5) per gentile comunicazione verbale del prof. Bignami.

via sperimentale l'efficacia del siero (come si fa ad es. per quello antidifterico), costituiscono argomenti in favore di chi ammette senz'altro che il beneficio del trattamento siero-terapico non sia dovuto al siero, ma unicamente allo scarico della pressione e all'asportazione di materiale tossico. Ma questo modo di vedere non è ancora appoggiato (che io mi sappia) a dati statistici sufficienti, in confronto di quelli della sieroterapia.

Allo stato attuale della questione si deve ammettere che la puntura, diminuendo la pressione e sottraendo materiale tossico, entra indubbiamente come coefficiente importante nel successo della siero terapia, ma non può sostituirsi del tutto ad essa, quando si adoperi un siero veramente specifico.

***

Tutti gli autori sono d'accordo sulla inutilità dell'uso del siero per via sottocutanea. Qual è la ragione di questo fatto? Siamo soliti invece a conferire all'organismo una immunizzazione passiva iniettando sotto cute, o tutt'al più entro le vene, il siero del sangue di un animale immunizzato per via attiva. E ciò anche quando le manifestazioni più temibili sono limitate ad un dato punto: per es. nella difterite. L'unica spiegazione possibile è che nella meningite epidemica le sostanze immunizzanti, iniettate sotto cute, non giungano alle meningi malate e nel cavo subaranoideo (dove è contenuta una grande quantità di materiale tossico), o vi giungano in quantità insufficiente. D'altra parte introducendo anche il siero per via endovenosa si verrebbe a portare in circolo più rapidamente materiale immunizzante, ma l'ulteriore suo destino rispetto alle meningi non può essere diverso da quello delle iniezioni sottocutanee. La via endovenosa sarebbe forse giustificata quando (vedi più sotto) si potesse stabilire con certezza la diagnosi di setticemia da meningococco, mentre non vi è ancora meningite, o almeno quando i fenomeni settici prevalessero su quelli meningitici. Giudizio questo non facile a darsi (*).

La questione deve essere studiata anzitutto tenendo conto della patogenesi della meningite cer. sp. ep. È noto come le opinioni in proposito siano andate mano mano modificandosi.

(*) Anche dal Dal Canton, che ha tentato recentemente la sieroterapia endovenosa, questo metodo è stato consigliato solo nei casi di media gravezza o quando il curante non abbia pratica della puntura lombare o gli strumenti per eseguirla. (*Policlinico*, Sez. Prat., 1916, n. 26).

Fu dapprima universalmente accettata quella di Westenhöfer sull'annidamento iniziale dei meningococchi nella tonsilla faringea e regioni vicine, e sul loro diretto passaggio alle meningi molli pel seno sfenoidale lungo un tronco vasale o nervoso; o anche, secondo altri, attraverso la lamina cribrosa dell'etmoide. In seguito si cominciò ad ammettere dai più che (pure concedendo la porta d'ingresso nelle fauci, o in genere nelle vie aeree superiori) l'infezione delle meningi accadesse per via sanguigna, dato il reperto non raro di meningococchi nel sangue. Poi si è andati più in là, poichè tale reperto divenne sempre più frequente e più facile (8). Oggi vari osservatori (9) affermano che la meningite epidemica sia anzitutto e prima dello scoppio dei fenomeni meningitici, una setticemia da meningococco, talora anche di lunga durata. Talora invece il rapido sopraggiungere della meningite non dà tempo di constatare clinicamente la setticemia, che così può passare quasi inosservata. Il reperto non difficile del meningococco nelle petecchie e negli ascessi cutanei parla certo in favore di uno stato setticemico (10). Pizzini (11) dà la più grande importanza ai pidocchi come veicolo della malattia: l'infezione entrerebbe quindi, secondo questo autore, dalla cute e, per la via sanguigna, infetterebbe le meningi. Non sono mancati anche negli anni precedenti reperti di meningococchi nel sangue *prima* della comparsa di fenomeni meningitici. A poco a poco accade della meningite cer. sp. ep. quello che è accaduto per il tifo. Dopo aver creduto per molto tempo che esso fosse essenzialmente una infezione di origine intestinale (o almeno in modo prevalente) oggi si può ritenere sufficientemente dimostrato che sia una malattia generale dell'organismo, che ha tutti gli elementi di una setticemia, con localizzazioni prevalenti secondarie nei linfatici dell'addome.

Alcune storie cliniche dei miei malati di meningite cer. sp. ep. deporrebbero per un periodo di invasione abbastanza lungo prima dell'inizio dei sintomi meningitici. In uno di essi 8 giorni prima insorse una polmonite con escreato caratteristico. In altri 3 il malessere, la febbre, i dolori reumatoidi duravano da circa una settimana. Un altro infermo presentò il 2 marzo una tonsillite follicolare, a cui seguì nefrite acuta emorragica. Dopo miglioramento notevolissimo, il 13 marzo ebbe di nuovo dolori di gola e febbre alta. Il 15 marzo erano evidenti i sintomi meningitici e la puntura lombare dimostrò la presenza di meningocchi intracellulari. Il 20 marzo comparve una polmonite destra con abbondante escreato sanguino-

lento. Da ultimo stomatite. In questo solo caso furono prima tentate iniezioni sotto cutanee di siero, dato il carattere setticemico della forma morbosa, ma, mentre si attenuarono i fenomeni polmonari e anche la febbre, quelli meningitici cedettero solo alle iniezioni endorachidiane di siero, che, sebbene fatte così tardi, portarono alla guarigione completa.

Un altro caso è pure da descrivere brevemente. Un soldato si ferì accidentalmente all'indice destro con uno spino. Otto giorni dopo presenteva un'infiltrazione infiammatoria della regione del gomito destro e linfangioite. La piccola ferita dell'indice era suppurante. Il giorno appresso fu aperto, sotto la narcosi cloroformica, un vasto ascesso nella regione posteriore del gomito destro. La temperatura cadde, ma risalì bruscamente 4 giorni appresso. Dopo altri 3 giorni erano evidenti i sintomi meningei, e la puntura lombare diede esito ad un Liquor torbido. Questi dati erano riferiti nella cartella clinica quando l'infermo giunse in condizioni gravissime al mio Ospedale. Una nuova puntura estrasse un Liquor denso di colorito giallo-verdastro, che mostrò numerosi meningococchi liberi e intracellulari. Seminato subito in agar ascitico, diede rapidamente sviluppo a belle colonie di meningococchi, già alla temperatura ambiente (16 giugno). Nel frattempo dal pus spremuto da un lungo seno fistoloso, sottocutaneo, che si estendeva quasi fino all'articolazione scapolo-omerale destra, si fecero preparati che dimostrarono la presenza di *soli* diplococchi in generale extracellulari; qualcuno contenuto in cellule purulente molto alterate e tutti Gram-negativi come quelli del Liquor. La sieroterapia endorachidiana fu inutile.

*
* *

Se dunque il meningococco si trova nel sangue prima dello scoppio della meningite e vi dimora forse anche per un tempo non breve, non è illogico ritenere che debbono formarsi contro di esso e i suoi prodotti tossici le specifiche sostanze immunizzanti.

Nel cavallo, come è noto, il potere immunizzante del siero si ottiene iniettando nelle vene colture morte e poi vive di meningococchi a dosi crescenti. Il siero così ottenuto ha anzitutto un potere batterio-tropico, che favorisce cioè la fagocitosi, secondariamente antitossico, molto meno, o forse punto battericida. Ciò è stato dimostrato sperimentalmente (Iochmann l. c.) e, riguardo alla fagocitosi, risponde bene a quanto molti hanno veduto nei malati curati col siero, come più sopra ho esposto. Non esistono, che io sappia, dimostrazioni sperimentali dell'esistenza di sostanze batterio-tropiche nel siero del sangue di malati di meningite cer. spin. epid. Sarebbe assai interessante che tale ricerca si facesse. Tuttavia non si può negare che l'organismo umano fabbrichi sostanze immunizzanti batterio-tropiche dal momento che la fagocitosi e la guarigione avvengono anche in infermi non trattati col siero.

Ma, come è dimostrato dalla mortalità elevatissima prima della sieroterapia, le sostanze immunizzanti, che si formano spontaneamente nel plasma dei malati, non giungono nel maggior numero dei casi in quantità sufficiente alle meningi molli e specialmente a neutralizzare la grande copia di prodotti tossici contenuta nel cavo subaracnoideo e a determinarvi la fagocitosi. La ragione per cui non vi giungono è verosimilmente quella stessa, a noi ignota, che impedisce al siero curativo di spiegare la sua azione se viene iniettato sotto cute anzichè direttamente nel canale vertebrale.

Iochmann (l. c.) infatti asserisce che gli anticorpi, se iniettati sotto cute, non giungono nel canale lombare che in quantità assai piccola. Dovendosi ritenere il Liquor un prodotto secretorio dei plessi coroidei, dell'ependima ventricolare e forse anche di altri organi (12), si comprende come in condizioni normali la secrezione attiva di un organo possa non contenere certi dati elementi del plasma circolante. La cosa diviene più difficile a spiegarsi quando è in giuoco un processo infiammatorio, e si inizia la essudazione del liquido dai vasi e la diapedesi. Probabilmente qui si tratta semplicemente di una sproporzione tra il materiale antitossico, che i vasi possono portare col sangue alle meningi malate, e la quantità di esso che sarebbe necessaria, data la grande estensione del processo infiammatorio.

*
* *

Se queste conclusioni sono giuste, si può dunque attendere qualche vantaggio da un'autosieroterapia endorachidiana.

Il tentativo è stato da me fatto in due infermi. Nel primo pensai di praticarlo data la difficoltà grandissima di potere estrarre l'essudato meningeo purulento e densissimo (11 cmc. circa in due punture). È noto come sia sconsigliabile iniettare quantità di siero superiori a quella di Liquor estratto. Avrei potuto perciò introdurre siero curativo in quantità assai piccola e insufficiente. Conseguentemente potei iniettare anche poco autosiero (circa 7 cmc. per volta). Era un infermo di età avanzata in stato gravissimo, malato da vari giorni, e in cui si ebbero, durante le due punture, collassi

minacciosi. L'esito letale si ebbe il terzo giorno di degenza all'ospedale.

Nel secondo caso, sebbene i fenomeni meningitici fossero pure intensissimi, la temperatura elevata e la malattia datasse da 8 giorni, l'estrazione di 20 cmc. di Liquor torbido contenente diplococchi intracellulari e l'iniezione successiva nel canale vertebrale di 10 cmc. di antosiero fu seguita da una rapida caduta della febbre e da guarigione completa entro una settimana.

Per raccogliere l'autosiero feci un salasso di 100 cmc. al gomito, lasciando coagulare il sangue a becco di flauto in grosse provette sterili, a temperatura ambiente. Avvenuta la coagulazione, ponevo le provette ben chiuse in ghiaccio. L'autosiero veniva scaldato a circa 37° prima di essere introdotto nel canale vertebrale. Per guadagnar tempo consiglierei, a diagnosi già accertata, di praticar subito il piccolo salasso, per aver pronto il siero qualche ora dopo, per la prima puntura lombare. Altrimenti il salasso dovrebbe farsi immmediatamente dopo la prima puntura lombare, che dia liquido torbido: l'autosiero si inietterebbe alla seconda puntura.

Sono ben lontano dall'ammettere che ciò basti, perchè il metodo (che non ho più potuto mettere alla prova) sia giudicato buono. Tuttavia forse, quando non si abbia alla mano siero polivalente di data recente, può essere tentato. Certo non si può ammettere che sia dannoso. Sarebbe forse anche giustificato il tentarlo nei casi a decorso protratto, in cui il siero non dà più risultati, ma può dare invece disturbi anafilattici, mentre si va stabilendo il temuto idrocefalo. In questi infermi, per la lunga durata della malattia, non debbono certo far difetto sostanze immunizzanti nel siero sanguigno. E anche in questi, come nei casi comuni, la formazione di sostanze di difesa potrebbe intanto essere artificialmente stimolata i vari modi. BOIDIN, WEISSENBACH e MASSARY (13) propongono appunto nella meningite cer. sp. ep., quando la siero terapia è impotente, di coadiuvarla con una batterio-terapia, iniettando sotto cute emulsioni di meningococchi uccisi col calore. PIZZINI (l. c.) inietta sottocute l'istesso liquido cefalo rachidiano del paziente in cui i meningococchi sono stati uccisi, e chiama questo materiale autosiero. Analoghi metodi di auto-vaccinazione del resto sono già stati praticati anche in altre malattie. Certo che vale la pena di servirsi dell'eccellente laboratorio di cui l'organismo dispone per esaltare la formazione di antitossine, batteriotropine, anticorpi, ecc., diretti in modo assolutamente specifico contro il germe, che è causa della malattia in atto, evitando così di adoperare sieri ottenuti da animali eventualmente trattati con germi non propriamente uguali a quello in questione.

È lecito intanto sperare che l'autosiero — tanto meglio se reso artificialmente più attivo — portato là dove maggiore è il bisogno, o dove non giungono, come nella meningite, sostanze immunizzanti in quantità sufficiente, possa essere utile non solo nelle infezioni delle meningi molli, ma anche in quelle di altre regioni.

Zona di guerra, 20 settembre 1917.

BIBLIOGRAFIA.

(1) GILBERT et FOURNIER. *Précis de Pathologie interne. Maladies infectieuses.* Paris, 1912. — IOCHMANN, nel trattato di MOHR e STAEHLIN. Traduz. italiana. Milano, 1913 (con letteratura). — GARDNER ROBB. Rif. nella Presse Médicale, 1917, n. 31.
(2) GASPERINI. Riforma Medica, II, 49, 1916.
(3) BARON et DUMONT. Presse Médicale, 1917, n. 38.
(4) COMBA. Nel trattato di LUSTIG: *Malattie infettive dell'uomo e degli animali*, Milano, Vallardi.
(5) Policlinico, Sez. prat., 1915, pag. 668.
(6) Presse méd., n. 52, 1916.
(7) NICOLLE, DEBAINS, IOUAN, NETTER. Presse Médicale, 1917, n. 43. — PIERRE LOUIS MARIE, ib., n. 11.
(8) DIEUDONNÉ. Nel Trattato di LUSTIG e GALEOTTI. Patologia generale, vol. I, pag. 310. Milano, 1915.
(9) LUNDIE, THOMAS, FLEMING. British med. journ., 20 marzo 1915.
(10) BABES. Rif. nel Notiziario med. chir. per gli uff. medici nella zona di guerra. Giugno, 1917. — SHARPE. Rif. nella Presse Méd., 1917, n. 8. Vedi anche IOCHMANN, l. c.
(11) PIZZINI. Policlinico, Sez. med., 1° maggio 1917, con citazioni bibliografiche specialmente dei lavori italiani (MYA, ABBA, CERADINI, ecc.).
(12) MINCAZZINI. Policlinico, Sez. Med., 1917, num. 7.
(13) BOIDIN, WEISSENBACH, MASSARY. Presse Méd., 1917, n. 11.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

XI CORPO D'ARMATA - OSPEDALE 79.

Una modificazione all'apparecchio per Pneumotorace.

Maggiore medico EUGENIO MORELLI,
aiuto alla Clinica medica di Pavia.

All'inizio della nostra guerra ho descritto (*Folia Medica*, 1916, n. 7) un apparecchio che doveva servire per produrre un Pneumotorace artificiale: appariva utile perchè per la sua semplicità poteva essere usato anche in ospedali avanzati. Con il diffondersi del concetto che sia possibile e facile frenare una emorragia polmonare comprimendo il polmone con un Pneumotorace, anche l'uso dell'apparecchio da me proposto ebbe diffusione: perciò credo doveroso accennare a una lieve modificazione che può apportare grande tranquillità operatoria.

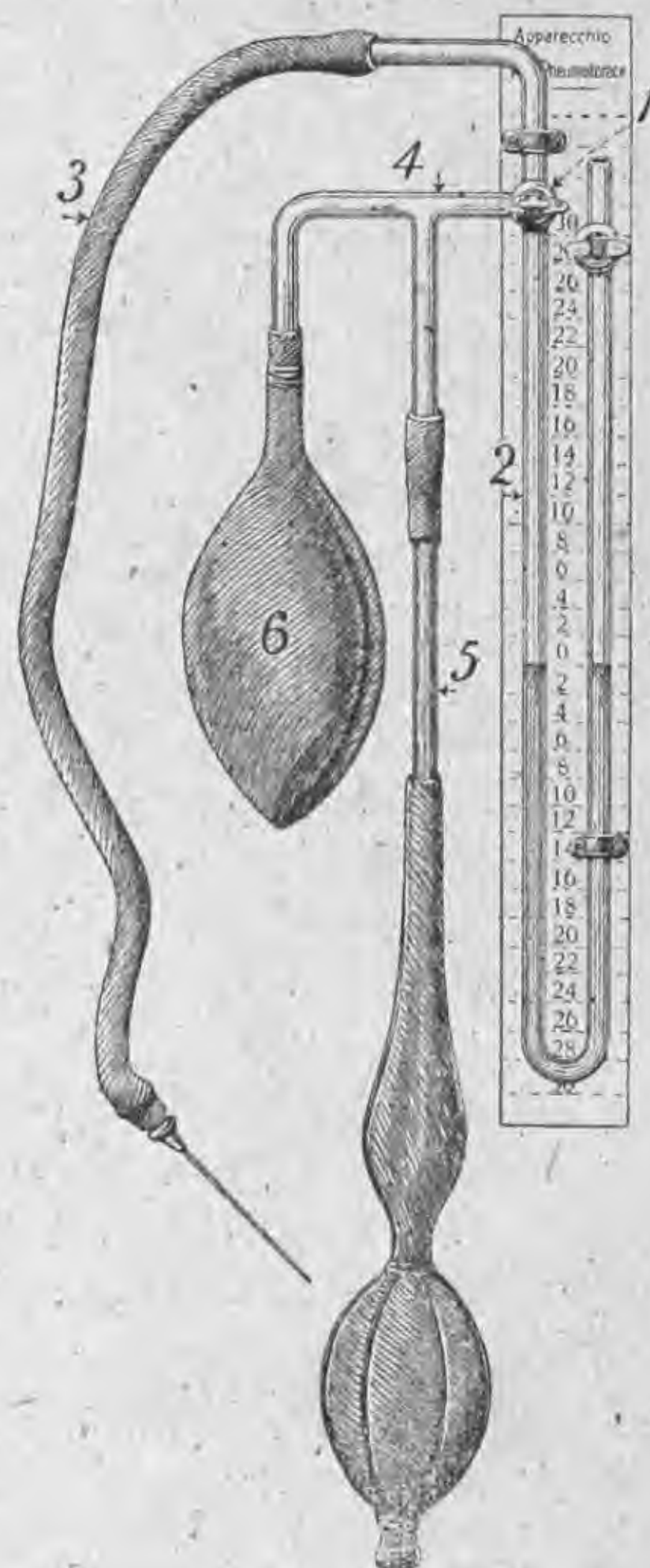
Quale direttore di un ospedale avanzato adibito esclusivamente a feriti toraco-polmonari ho avuto agio di studiare largamente il problema e sempre più mi sono convinto che è utile — oso dire doveroso — detendere e comprimere il polmone il più presto possibile, quando il precoce tamponamento polmonare può evitare i versamenti voluminosi e i conseguenti facili empiemi. Intervenendo poche ore dopo la ferità è spesso sufficiente il solo pneumotorace; se si attende è quasi sempre necessario fare precedere la toracentesi, poichè l'emotorace va continuamente aumentando.

Io scrissi in altro lavoro essere bene attendere prima di intervenire che discreta quantità di sangue si fosse versata nel cavo pleurico perchè attuando la toracentesi con l'apparecchio da me descritto (*Riforma Medica*, 1917, n. 6-7), si poteva produrre senza pericolo un primo pneumotorace che avrebbe facilitato più i seguenti rifornimenti.

Un ragionamento semplice avrebbe consigliato di prevenire la formazione del sangue: questo io ho attuato ma non ho consigliato ad altri perchè una prima introduzione diretta di gas nel cavo pleurico, può presentare nei non pratici una certa difficoltà, per il pericolo di una embolia gassosa. Ho perciò studiato il problema di attuare un pneumotorace senza pericolo di embolie: e mi pare di averlo risolto.

Già dissi che l'istrumento mio non era che una modificazione di quello del mio maestro prof. Forlanini, nel quale al doppio serbatoio aveva sostituito una palla Richardson, che attraverso un filtro spingeva l'aria nel cavo pleurico.

Se si esclude il palloncino (6) che rappresenta appunto la modificazione che descriverò, la figura bene dimostra l'apparecchio.

È composto di un rubinetto a tre vie (1) delle quali una comunica con un manometro ad acqua (2), l'altra con la cavità pleurica (3), e la terza (4) con una palla Richardson, che attraverso un filtro (5) può spingere l'aria nel cavo pleurico.

L'operatore attraversa lentamente con l'ago la parte toracica avendo il rubinetto a tre vie in posizione tale da far comunicare l'ago esclusivamente con il manometro: appena l'ago giunge fra le due pleure, per la forza traente del polmone, si osserva che il liquido manometrico viene aspirato e presenta delle oscillazioni. Basta allora girare il rubinetto a tre vie in modo di escludere il manometro e far comunicare l'ago con la palla Richardson perchè attraverso il filtro si possa insufflare gas nella cavità pleurica: frequenti e susseguenti osservazioni manometriche ci dicono se l'ago è costantemente in cavità.

Così facendo si ha la certezza di non produrre danni. Ma può accadere che nel periodo di insufflazione dell'aria l'operatore sposti l'ago: se esso giunge sotto cute o sotto la pleura ne deriva enfisema sottocutaneo o mediastinico noioso ma non pericoloso, ma se giunge in un vaso sanguigno ne deriva embolia più o meno grave. È questo pericolo che rende molto prudenti nel-

l'attuazione di un Pneumotorace terapeutico, è questo pericolo che rese me molto titubante nel proporre il pneumotorace come terapia costante nei feriti al polmone.

Una lieve modificazione al mio apparecchio può dare la certezza di non produrre embolie.

Ho detto che la pressione negativa del cavo pleurico è legata alla forza di retrazione elastica del polmone. Se si apre il torace si assiste alla retrazione del polmone e alla formazione di un pneumotorace: l'operatore che si accinge a produrlo artificialmente si accorge di essere nella cavità pleurica dal fatto che il liquido del manometro viene aspirato. Se l'ago invece di essere in comunicazione con il manometro fosse in comunicazione con l'atmosfera, per la stessa ragione per cui il polmone poteva aspirare il liquido, aspirerebbe nella cavità pleurica aria atmosferica e continuerebbe ad aspirarne fino alla distruzione completa della forza traente del polmone.

L'aria penetra per tal modo nella cavità pleurica non insufflata ma bensì aspirata; non per forza attiva dell'operatore ma per forza attiva del polmone. Ma ne deriva la deduzione importante, che mentre nel primo caso uno spostamento dell'ago permette la insufflazione di aria nei vasi sanguigni o nella parete, nel secondo caso, se spostamento dell'ago vi fosse, cesserebbe l'aspirazione del gas dall'esterno e l'osservazione manometrica ci direbbe appunto, con la cessazione delle oscillazioni, che o l'ago si è occluso o è entrato in punto dove aspirazione più non esiste.

Dato questo, il problema di evitare le embolie sarà risolto se usando gas sterile ci sarà dato di rifare le stesse condizioni di produzione del pneumotorace spontaneo. E per questo ho aggiunto allo strumento un pallone serbatoio che mi riproduce in piccolo l'atmosfera, servendo da regolatore di pressione. Se l'operatore dopo aver spinto l'ago fra le pleure apre la via di comunicazione col pallone, come prima poteva osservare il polmone assorbire aria dall'atmosfera o assorbire il liquido manometrico, lo vedrà assorbire l'aria chiusa nel pallone, e se le pareti di esso saranno così sottili da non offrire resistenza, lo vedrà impicciolirsi fino a vuotarsi man mano l'aria sarà assorbita nel cavo pleurico.

Si osservi la figura: così procedo per una prima introduzione.

Anzitutto con la doppia palla Richardson, attraverso il filtro riempio di aria il pallone (6), essendo il rubinetto a tre vie in posizione da impedire l'uscita del gas. Poi apro la via con l'ago per rendere possibile all'aria che si trovasse nel serbatoio sotto tensione, di uscire all'esterno: rimane perciò nel pallone gas a pressione atmosferica. Questo fatto, giro il rubinetto a tre vie in modo che l'ago (che è bene sia piuttosto grosso per le prime introduzioni), sia in comunicazione esclusivamente con il manometro e penetro attraverso il torace fino a raggiungere la pleura. Quando le oscillazioni manometriche mi dicono che io sono in cavità, apro la comunicazione col palloncino e per la stessa ragione per cui io assistevo prima al succiamento manometrico assisterò all'assorbimento dell'aria del palloncino, al rimpicciolirsi di esso, al suo rinchiudersi.

Appena vuotato, se m'occorre immettere altro gas, riapro la via fra pleura e manometro e nel tempo stesso che faccio l'osservazione manometrica rimando nel pallone altro gas che potrà essere di nuovo succiato nel cavo pleurico. In pleure senza aderenze si può assistere al succiamento spontaneo di tre, quattro e più palloncini di aria, pari a mille e più cmc. di gas. Se il mio ago si spostasse io non vedrei più il detendersi del pallone, e il manometro interpellato me ne darebbe la ragione. Il segreto dell'assorbimento sta nel fatto che l'aria del serbatoio sia nel momento del suo massimo riempimento che nel momento del quasi completo svuotamento, si mantiene alla stessa pressione. Nel modo stesso agirebbe qualsiasi recipiente nel quale si potesse mantenere il gas a pressione costante, facendo penetrare in esso, ad es., tanto liquido quanto è l'aria che ne esce, oppure usando una delle bottiglie così larghe che gli spostamenti nella colonna liquida fossero minimi in confronto del gas che si vuole immettere nel cavo pleurico. Ma mi pare che il mezzo proposto sia così semplice da rendere inutili altri tentativi.

Inutile dire che nel caso di pneumotorace già costituito, se la pressione endopleurica fosse superiore all'atmosferica noi vedremmo il palloncino gonfiarsi anzichè restringersi. In tal caso, come nel caso che la pressione endopleurica fosse vicina all'atmosferica, con compressioni sul pallone serbatoio si spingerebbe l'aria nel cavo pleurico. Ma anche in questo caso, la mano comprimente avverte i movimenti respiratori che si trasmettono attraverso l'ago fino al palloncino, e coadiuva tali movimenti immettendo gas specialmente in periodo inspiratorio. E il palloncino è tanto sensibile al succiamento che persino quando il manometro segna pressioni oscillanti attorno allo zero manometrico e più precisamente quando segna pressioni negative nella inspirazione e positive nella espirazione, tali insomma da richiamare gas dal palloncino nella inspirazione e da spingervene nella espirazione, è possibile assistere al completo vuotamento del serbatoio lasciando beante il tubo di

gomma (3) durante le inspirazioni e chiudendolo con compressione digitale durante l'espirazione, permettendo cioè l'aspirazione da esso e non il ritorno in esso del gas endopleurico.

Ripeto, col palloncino la formazione di un pneumotorace diventa un fatto attivo polmonare piuttosto che un fatto attivo dell'operatore; oso dire — mi si permetta la contradizione — si trasforma il pneumotorace artificiale in pneumotorace spontaneo. Ma ne deriva che levato ogni pericolo all'atto operativo esso può essere sempre più generalizzato. L'intervento potrà essere precocissimo: non appena il polmone si dimostra leso, non appena insorge emotorace anche lieve, non appena si ha emottisi accentuata, conviene mettere in riposo il polmone. E i reperti semeiotici e radioscopici costantemente mi dimostrano che nei casi dove sangue non si era fermato e solo vi era emottisi, oppure dove il sangue si trova in piccola quantità, dopo poche settimane di un pneumotorace, l'aria si è quasi totalmente assorbita e non resta nessun segno pleuro-polmonare dell'atto operativo.

Spero che la semplicità dell'apparecchio descritto, la sicurezza dell'atto operativo, possano contribuire a diffondere sempre più il Pneumotorace terapeutico anche nella cura della tisi.

Se per lo studio fatto potrò arrecare utile ai nostri feriti e mi sarà dato di generalizzare sempre più il mirabile sussidio terapeutico ideato dal mio maestro, il Prof. Forlanini, ne verrà a me la più ambita soddisfazione e come soldato e come allievo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Parassitologia Medica della Regia Università di Catania

diretto dal prof. M. CONDORELLI-FRANCAVIGLIA maggiore medico nella riserva.

Anemia da "Necator americanus,, (W. Stiles) in una recluta proveniente dal Paraguay

pel prof. M. CONDORELLI-FRANCAVIGLIA.

Dopo quanto si è scritto sull'anchilostomiasi in genere, e, in questi ultimi anni, anche su quella da *Necator americanus* (W. Stiles), da più tempo importato in Italia dall'America ed oggidì abbastanza diffuso fra noi e in buona parte dell'Europa, non avrei ragione di ancora insistere sulla casistica clinica di essa malattia, così bene studiata sotto i varî aspetti della corologia, etiologia, patogenesi, terapia e profilassi. Se ne scrivo, è perchè il nuovo caso riguarda la persona di una recluta e si presta a delle considerazioni medico-militari, non prive di speciale importanza nel periodo di guerra, che attraversiamo.

Il giorno 2 settembre ultimo scorso si presenta alla visita medica distrettuale il giovane B. F. di P. e di C. Di B., della classe 1885, prima categoria, riformato nell'anno 1905 per malattia, che egli non sa precisare, e nel luglio scorso, dichiarato idoneo in visita di revisione, passata all'estero (Paraguay), da dove adesso rimpatria.

È individuo di regolare statura, con pannicolo adiposo e masse muscolari bene sviluppati; mucose visibili pallide, colorito generale pallido terreo in contrasto con lo stato generale di buona nutrizione. Egli accusa ronzio agli orecchi, fiacchezza generale, difficoltà nell'esecuzione di lavori un poco pesanti, talvolta dolori addominali, spesso diarrea, di quando in quando alternantesi con stitichezza, raramente emissione di feci colorate in nero, come da miscela di posa di caffè. L'inizio di tali disturbi risalirebbe a circa otto mesi addietro. Tachicardia, leggero soffio anemico alle giugulari, polso frequente alquanto debole, respirazione leggermente accelerata, temperatura normale, appetito buono, digestione sufficiente.

Dimorò sette anni in America, sempre nel Paraguay, esercitandovi il mestiere di contadino; negli ultimi mesi di sua dimora all'estero, non potendo sopportare le gravose fatiche dei campi, si diede a fare il mestiere di materassaio.

L'anamnesi esclude malattie pregresse degne di rilievo.

Tale esame sommario, non meglio eseguibile nella sala di visita medica di un distretto, ove manca qualsiasi mezzo strumentale di fine indagine diagnostica, mi fece subito pensare alla anchilostomiasi; e ciò per lo stato oligoemico in contrasto con la buona nutrizione, pel colorito terreo caratteristico, per la professione di contadino da lui esercitata parecchi anni di seguito, e più ancora per la provenienza dal Paraguay, ove la infermità suddetta è comunissima. Feci quindi la diagnosi di *anemia da Necator americanus* ed ordinai l'immediato ricovero della recluta in questo Ospedale Militare di Riserva.

Per cortesia del direttore della R. Clinica Medica, al cui reparto il B. F. fu assegnato, ebbi delle feci, che mi permisero l'accertamento diagnostico:

Esame delle feci. — Molli, non figurate, gialle, emesse poco prima mediante clistere.

Non in tutti i preparati microscopici, ma nel maggior numero di essi, fatti con piccolissima quantità di feci diluite in acqua distillata, trovai da 1 a 4 ovuli di *Necator americanus* (W. Stiles) e di quando in quando rari ovuli di *Ascaris lumbricoides* (Lin.) e di *Oxiurus vermicularis* (Lin.). L'esame delle feci, praticato col metodo di Telemann, confermò, con rinvenimento di gran numero di uova, il superiore reperto.

Le uova di Anchilostoma, rinvenute in quelle feci, hanno i seguenti caratteri: forma ovale, guscio sottilissimo, semplice e resistente, diametro longitudinale variabile da un minimo di μ 60 ad un massimo μ 80, diametro trasversale oscillante dai μ 36 ai μ 44. In ciascuno di essi si riscontrano da due ad 8 blastomeri.

Per la forma ovale, relativamente più allungata, e per la maggiore dimensione, tali uova sono indubbiamente di *Necator americanus* (W. Stiles) e non di *Anskylostomum duodenale Dubini*, le cui uova sono un poco meno ovali e più piccole; come risulta dalle seguenti misure desunte dai lavori di Perroncito, di Alessandrini, di Manson, di Castellani e da mie osservazioni:

Uova di *Necator americanus*:

Secondo Manson: μ 64 a μ 74 × μ 36 a μ 40
" Castellani: μ 57,5 a μ 80 × μ 35 a μ 52,5
" Condorelli: μ 60 a μ 80 × μ 36 a μ 44

Uova di *Anskylostomum duodenale*:

Secondo Perroncito: μ 52 × μ 32
" Braun: μ 52 a μ 65 × μ 32 a μ 45
" Alessandrini: μ 52 a μ 65 × μ 32 a μ 43

Per la forma e la dimensione delle uova faccio quindi diagnosi zoologica di *Necator americanus*, e non soltanto per la provenienza del portatore dal Paraguay, giacchè, come è ben noto, a causa della emigrazione e della immigrazione, i due Continenti Europeo ed Americano si sono scambiati il loro speciale Anchilostoma, e, di conseguenza, oggi non sono rari i portatori di ambo le specie parassitarie.

Ottenni facilmente lo sviluppo artificiale delle uova, coltivandole nelle feci, coi varî metodi di nostra conoscenza (Perroncito, Grassi e Parona Looss, Alessandrini); ma i migliori risultati li ebbi coltivando nel termostato a 30° in vaso aperto le feci, ch'erano di consistenza poltacea.

Dopo 20 ore d'incubazione, trovai le prime larve rabditoidi, e queste aumentarono di numero dopo il primo giorno fino al secondo, in cui dovetti tralasciare le osservazioni, trovandomi occupato in permanenza al Distretto per nuova chiamata alle armi.

Tali larve, giovanissime, erano lunghe da μ 180 a μ 220, larghe da μ 14 a μ 16, assottigliate posteriormente con coda lesiniforme, provviste di movimenti attivi vivacissimi.

Ripeto che ho riferito il superiore caso clinico non per l'interesse ch'esso possa avere nella casistica, ormai assai numerosa, dell'*anemia da Necator americanus* in nostri immigrati, ma per talune considerazioni d'indole medico-militare, che, nell'attuale periodo di guerra, non sono prive di speciale importanza.

Disgraziatamente l'anchilostomiasi ha una distribuzione geografica più ampia di quella stabilita dalla Commissione americana Rockefeller, e nella sola Italia serpeggia in ben 49 Provincie con un massimo di diffusione nell'Umbria, dove sono colpite le varie categorie dei lavoratori della terra, e in Sicilia, dove sono attaccati di preferenza i lavoranti delle miniere (*carusi*) nei Distretti minerari di Catania, di Caltanissetta, di Girgenti ed anche di Palermo.

L'*anchilostomiasi*, malattia grave e per noi una volta puramente locale, adesso, a causa dell'immigrazione, è divenuta malattia gravissima locale-esotica, che tende sempre più a diffondersi in provincie dove prima non esisteva e dove ora è attiva la migrazione.

Monti e Rosati nel II Congresso Internazionale delle malattie professionali a Bruxelles, Trambusti nella relazione fatta al IV Congresso delle malattie del lavoro, giustamente preoccupati della diffusione e della entità del male, che compromette non soltanto la vita di mi-

gliaia di uomini, ma l'industria più importante e fiorente della Sicilia, esposero lo stato della lotta intrapresa presso di noi contro l'*anchilostomiasi*, ed avvisarono ai mezzi migliori onde combatterla: il risanamento dei paesani infetti e l'adozione di case di salute per gli emigranti nei porti di Napoli e di Genova, destinati a curare gli infetti, che entrano in città, e ad impedire così la diffusione della malattia. Una lotta analoga a quella ingaggiata contro la malaria e diretta principalmente alla cura radicale di tutti i portatori di contagio.

Augurandoci a miglior tempo l'adozione di tali provvedimenti d'indole statale, preoccupiamoci adesso di evitare, almeno per quanto è in noi medici militari, che dei portatori di Anchilostoma duodenale od americano non entrino a far parte delle file del nostro Esercito, prima che siano interamente risanati. Per ragioni ovvie, in tali infezioni, i pericoli del contagio aumentano nei militari col passaggio dalla vita di caserma a quella di trincea, ove, malgrado il rigore delle prescrizioni igieniche, è inevitabile l'inquinamento del suolo con le feci: suolo che, appunto per essere ricco di detriti di sostanze organiche, sempre umido e spesso fangoso, costituisce un ottimo terreno di cultura per le uova e le larve di Anchilostoma. E si noti che il soldato in trincea infetta, costretto a vivere per giorni e anche per qualche settimana fra il terriccio umido e fangoso, senza la possibilità, non dico di un bagno di pulizia, ma dell'ordinario ricambio della biancheria personale, si troverebbe nelle condizioni più favorevoli d'infezione, non soltanto per via della bocca, ma, e principalmente, per quella della pelle, che, come ha dimostrato Looss, è la via d'ingresso più comune delle larve di Anchilostoma.

Nella visita presso i Consigli di leva, i Distretti e i Corpi, ai medici militari incombe l'alto, delicato e difficile dovere di fermare la propria attenzione sugli oligoemici: essi non si limitino ad esonerare dai lavori mobilitati qualunque individuo, che presenti un grado di anemia compatibile coi servizi sedentari; cerchino invece d'indagare il perchè della oligoemia, si accertino del mestiere esercitato da lui e del luogo di provenienza. Se da un tale esame complessivo, per quanto sommario e rapido, nasce il solo sospetto che possa trattarsi di uno stato oligoemico di natura elmintica, senz'altro s'invii il militare in osservazione o in cura: il danno minimo di tener lontano dai Corpi per qualche giorno una recluta, sospetta di *anchilostomiasi*, poi non riconosciuta tale in visita di accertamento, è cosa trascurabilissima di fronte al grave pericolo derivante dall'intempestiva incorporazione d'un infetto, senza il previo risanamento individuale, per mezzo di adatta cura ospedaliera.

In questo delicato e importantissimo compito profilattico, potremmo, anzi dovremmo essere coadiuvati dai sanitari di Porto, che dovrebbero sottoporre ad accertamento diagnostico gli immigrati sospetti di *anchilostomiasi*, ed avviare agli ospedali, pel risanamento individuale, i riconosciuti infetti. Così si provvederebbe anche ad una rudimentale profilassi di Stato, invocata più volte in vari Congressi.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sulla spirochetosi e sulle bronchiti micosiche.

Aldo Castellani (*La Presse Médicale*, n. 37, 1917), in un piccolo sanatorio per soldati, ha potuto notare durante il 1916 che più del 3 % dei malati inviativi come tubercolosi non avevano la tubercolosi, ma erano affetti sia da spirochetosi bronchica, sia, più frequentemente, da broncomicosi. Queste affezioni anche in Europa sono meno rare di quanto generalmente non si creda e la loro diagnosi è importante per la pratica.

Bronco-spirochetosi. — Questa affezione, conosciuta anche col nome di bronchite di Castellani, ed il suo agente specifico (*spirochaeta bronchialis*) furono descritti dall'A. a Ceylan nel 1905-1906 e confermati da numerosi osservatori posteriori.

L'affezione è causata da una spirocheta talmente polimorfa, che si potrebbe pensare trattarsi di 2 o più varietà. Furono descritti campioni con membrana, uno stato coccoide, una riproduzione per divisione trasversale ed una per divisione longitudinale. Alcuni hanno riprodotta la malattia nelle scimmie colla iniezione endotracheale degli sputi provenienti da un malato affetto da bronco-spirochetosi e contenente numerose spirochete.

Si può distinguere una forma acuta, una forma cronica e delle forme intermediarie. Sono le forme croniche e le sub-acute, che possono simulare molto davvicino la tubercolosi polmonare.

Nella forma acuta l'inizio della malattia è piuttosto brusco, il malato si sente raffreddato: ha spesso cefalea, dolori generali; ha tosse ed emette una espettorazione mucosa, o muco-purulenta. Ha spesso febbre a 38°-39°, ed anche 40°, che dura in generale 2-6 giorni e cade sia bruscamente per crisi, sia più lentamente per una diminuzione progressiva. All'esame fisico dell'apparato respiratorio non si trova che qualche rantolo. Tutti i sintomi scompaiono in un periodo di tempo che varia da 6-7 giorni fino a 2-3 settimane, a meno che la malattia non passi allo stato cronico. La forma cronica può svilupparsi dopo uno o più attacchi acuti, oppure può cominciare molto lentamente con un po' di tosse, senza altri sintomi. A poco a poco la tosse diviene più frequente con espettorazione muco-purulenta, contenente a volte del sangue: il malato si sente debole, dimagrisce, ed in parecchi casi ha febbre serotina. A volte l'esame dell'apparato respiratorio è negativo; a volte si trovano solo grossi rantoli; a volte si riscontrano tutti i sintomi di una bronco-alveolite cronica, con zone di ottusità, ecc. La forma cronica dura molti anni, spesso con miglioramenti temporanei ed anche con periodi di guarigione apparente. Esistono tuttavia dei casi a decorso rapido, con forti febbri serotine, emottisi, debolezza e dimagrimento accentuato. Fra la forma acuta e la cronica esistono tutti i casi intermedi.

Fra le complicazioni si può citare la polmonite e la broncopolmonite. Furono anche descritte forme miste: spirochetosi e tubercolosi; spirochetosi e broncomicosi.

La diagnosi si basa sull'esame microscopico. Per eliminare per quanto è possibile le volgari spirochete boccali, occorre che il malato si pulisca bene la bocca con acqua sterile, e, dopo aver passato la particella di muco-pus da esaminare 2-3 volte in acqua sterilizzata, si esaminerà sia all'ultramicroscopio, sia impiegando le colorazioni di Romanoski, Laveran, Giemsa. La malattia si differenzia dalla tubercolosi per l'assenza dei bacilli di Koch; dalla broncomicosi per l'assenza di ifomiceti e dall'emottisi endemica dell'estremo Oriente per l'assenza delle caratteristiche uova di *Paragonimus Westermani.*

Nei casi acuti la prognosi è in generale favorevole; occorre però tener presente la possibilità di ricadute. La prognosi della forma cronica è cattiva, se non si fa un trattamento curativo appropriato.

Rara è la morte, ma la malattia può durare un numero infinito d'anni, quantunque con forti e lunghe remissioni. Gli espettoranti ed i balsamici non hanno che un'azione palliativa sulla bronco-spirochetosi: raccomandabile è l'arsenico ed il tartaro stibiato. Alcuni hanno raccomandato l'arsenobenzolo. Si dànno da 10 a 20 centigrammi di tartaro stibiato in acqua cloroformica per impedire l'effetto vomitivo del farmaco. Si può unire al tartaro stibiato, nella stessa posizione, lo ioduro di sodio, o di potassio in dose da 2 a 4 grammi. Se l'espettorazione è molto abbondante, si possono contemporaneamente impiegare i balsamici.

Bronchiti micosiche. — Sono queste di una grande importanza pratica: molto frequenti in certe zone tropicali, non sono più rare in alcune regioni balcaniche. A seconda degli speciali ifomiceti, da cui dipendono, possono classificarsi in 5 gruppi, senza contare le broncomi-

così più rare, od i cui ifomiceti non furono ancora classificati. L'Autore restringe il suo studio a tre forme: la broncomoniliasi, la bronco-oidiosi, la bronco-emisporosi e tratta insieme le due prime, così vicine clinicamente ed etiologicamente, quasi fossero una sola malattia.

Broco-moniliasi e bronco-oidiosi. — Dovute a funghi del genere Monilia e del genere *oidium*, dei quali il primo comprende 21 specie, 4 il secondo.

I sintomi clinici sono identici nella bronco-moniliasi e nella bronco-oidiosi. Si può distinguere clinicamente una varietà benigna ed una maligna ad evoluzione grave. Nella prima non si ha febbre e lo stato generale non è compromesso. Il malato ha tosse, con poca espettorazione muco-purulenta: nulla si riscontra all'esame dell'apparato respiratorio. Nella forma grave il malato si sente indebolito, dimagrisce, spesso ha febbre la sera; l'espettorazione è muco-purulenta e può contenere sangue. All'esame fisico del torace si possono riscontrare zone di ottusità, di crepitazione, ecc., in altri casi non si rileva quasi nulla. L'evoluzione è in generale di parecchi mesi, ed anche di 2-3 anni e può terminare con la morte. Si riscontrano anche casi maligni acuti, con tutti i sintomi di una bronco-polmonite, quasi sempre a termine letale. A volte comincia con una angina ifomicetica, causata dallo stesso fungo.

La diagnosi si basa sull'esame microscopico e culturale dell'espettorato. Microscopicamente si vedono assai spesso corpi sferici od ovalari, rifrangenti, generalmente a doppio contorno, ben colorabili col Gram, raramente elementi micelici.

Il trattamento collo ioduro è utile, ma non è sempre efficace, non impedendo la fine fatale in un certo numero di casi ad evoluzione maligna. In alcuni casi è utile associare allo ioduro una dieta declorurata. Quando l'espettorazione è molto abbondante si possono associare al trattamento iodurato i balsamici e nei casi cronici i glicerofosfati.

Bronco-emisporosi. — In tutti i casi studiati dall'Autore fu trovata l'Hemispora rugosa: questa vegeta sulla gelatina e sul siero senza liquefarli: il latte con tornasole diventa acido.

Clinicamente questa bronco-micosi non può essere differenziata dalla bronco-moniliasi e si distingue del pari una forma benigna, con sintomi di bronchite lieve, ed una forma maligna, con sintomi somiglianti alla tubercolosi polmonare. Identico è pure il trattamento: gli ioduri sono molto efficaci e sembra che agiscano con maggiore rapidità, specie se associati al regime declorurato. Az.

TERAPIA.

La splenectomia e la trasfusione nell'anemia perniciosa.

Krumbhaar (*Journal American Medical Association*, 1916, pag. 723) osserva che i notevoli vantaggi ottenuti mediante l'ablazione della milza negli itteri emolitici e nel morbo di Banti hanno indotto ad estendere questo procedimento curativo per affezioni analoghe. Nel 1913 tre autori, Eppinger, Decastello e Klemper, indipendentemente l'uno dall'altro praticarono la splenectomia per la cura di una malattia molto grave e relativamente comune, l'anemia perniciosa. Eppinger si decise ad adottare questo procedimento in seguito alla osservazione che la splenectomia provoca una diminuzione dell'uroblina ed altri fatti dimostranti una diminuzione dell'emolisi, Decastello in seguito all'osservazione che la splenectomia provoca un miglioramento nelle sindromi analoghe, e Klemper vi fu spinto dall'osservazione clinica che la splenectomia eseguita in un caso di rottura della milza provocò policitemia.

Krumbhaar fa una rivista critica dei casi finora registrati dalla letteratura di splenectomia praticata a scopo curativo nell'anemia perniciosa. Dei 153 pazienti studiati il 19.6 % morì in sei settimane; un notevole miglioramento del quadro clinico e del reperto ematologico si ebbe nel 64.7 % e nessun miglioramento nel 15. 7 % dei casi. Tenuto presente che i casi recenti hanno sopravvissuto in maggiore proporzione all'operazione e che i casi esaminati erano in maggioranza già avanzati si può concludere che la mortalità postoperatoria qualora si operassero solo casi recenti, avrebbe una percentuale più bassa di quella sopra indicata. Dei casi, quasi i due terzi del numero totale, nei quali si ebbe un miglioramento subito dopo l'operazione, non tutti mantennero i vantaggi conseguiti; un buon numero di pazienti morirono per recidiva della malattia o per affezioni intercorrenti. Benchè in qualche caso le buone condizioni si mantennero costanti per tutto il periodo della osservazione, oltre due anni, non si può affermare che la cura modifichi sostanzialmente lo stato patologico.

In genere i risultati migliori si ottengono se l'operazione è preceduta o seguita da una o più trasfusioni. Al riguardo non si può neppur dire se la trasfusione avrebbe prodotto egualmente i suoi benefici effetti anche se non fosse stata praticata la splenectomia. Risultati più favorevoli si hanno anche quando si tratta di pazienti che non abbiano superato i cinquanta anni di età e quando la malattia non duri da

più di un anno, ed il reperto ematologico sia relativamente buono.

I pazienti con **ipertrofia splenica risentono** dalla splenectomia **migliori** vantaggi di quelli che l'hanno rimpicciolita o di volume normale; **maggiori benefici si hanno in quei casi di anemia caratterizzati da un'eccessiva emolisi. Le condizioni opposte a quelle sopraindicate dovrebbero** essere considerate come elementi sfavorevoli, **e nello stesso tempo devono essere giudicati** la frequenza di sintomi di aplasia **del** midollo osseo.

Al riguardo Lee, Minot e Vincent (*Journal American Medical Association*, **1916, pag. 719)** attribuiscono il trànsitorio miglioramento dei sintomi dell'anemia perniciosa in seguito alla splenectomia a due fattori: 1° diminuzione della distruzione del sangue; 2° contemporaneo incremento dell'attività del midollo delle ossa. Per quanto non sia noto il meccanismo che determina questa maggiore attività è certo che gli effetti stimolanti della splenectomia sul midollo osseo si constatano in alcuni casi immediatamente con l'aumento dei polimorfonucleari, e più tardi degli eritrociti. Purtroppo però l'azione eccitante della splenectomia non dura a lungo e ben presto il midollo osseo ritorna al suo stato di ipofunzione o di ipoplasia. La trasfusione invece, benchè abbia in genere effetti meno costanti e meno notevoli ha in confronto della splenectomia due vantaggi: la semplicità della tecnica ed il fatto che essa può essere ripetuta numerose volte. L'uno e l'altro sistema di cura non hanno però effetti reali e duraturi, perchè ambedue non agiscono sull'elemento distruttivo che provoca l'anemia perniciosa. DR.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(874) *Sulla cura della dissenteria bacillare.* — All'abb. n. 6153:

Occorre innanzi tutto che il malato sia tenuto a letto, ben protetto contro le brusche variazioni termiche, in un ambiente sufficientemente riscaldato. Il letto sia abbastanza soffice, per evitare la facile insorgenza dei decubiti. Come alimentazione si daranno nei primi giorni minestrine di avena, di orzo, di crema di riso, zuppe di latte, thè tiepido, acqua albuminosa, acqua di riso: il tutto deve essere tiepido, per evitare l'aumento della peristalsi intestinale ed il tenesmo. Nel secondo periodo, dopo cioè 4-5 giorni dall'inizio del male, si potrà dare del riso ben cotto, qualche rosso d'uovo, la somatose, il plasmon, un poco di succo di carne, dei biscotti, ecc. Per molto tempo saranno controindicati i cibi acidi, contenenti droghe, le frutta, le erbe.

Assai utili sono gli impacchi caldo-umidi al ventre. Da gran tempo usati sono il calomelano, l'ipecacuana (decotto al 2-4 per cento) ed i purganti salini. Per calmare i dolori di ventre si darà la polvere del Dower, o la tintura di oppio.

Dopo avere, con uno di questi mezzi, vuotato nel miglior modo possibile l'intestino, si prescriveranno gli astringenti: tannino per clisteri (1/2 per cento), il nitrato d'argento, od il tachiolo del pari in soluzione per clisteri. Per bocca si somministrerà il tamnigeno, la tannalbina, il bismuto.

Assai utili sono anche, a mio avviso, per calmare il tenesmo rettale, specie alla sera, i clisteri con decotto di amido e laudano. L'astenia cardiaca si combatte coi tonici abituali (iniezioni di digalen, di caffeina, di canfora, ecc.). Contro il vomito ostinato ed il singhiozzo si somministrerà la morfina. In alcuni casi, per combattere la disidratazione dell'organismo, si faranno ipodermoclisi di 1/2-1 litro di soluzione fisiologica sterile.

Buoni risultati si ottengono anche dalla sieroterapia, usando il siero ottenuto mediante immunizzazione di cavalli con bacilli dissenterici uccisi o del tipo Shiga-Kruse, o del tipo Flexner, o del tipo Y (Hiss, Russel). Esistono anche sieri polivalenti.

Gli effetti accessori della sieroterapia (eritemi, dolori articolari, febbre) si prevengono e si combattono somministrando 2-4 gr. al giorno di cloruro di calcio.

Non esiste una cura abortiva della dissenteria bacillare, nel senso da lei indicato.

CIUFFINI.

(875) Al dott. G. B. C. L.:

Per gli apparecchi gessati le consiglio il seguente: CALVÉ e GALLAUD: *Les appareils plâtrés*, S. B. Baillière, éd., Parigi, L. 2.50, è un libretto di piccola mole, ma pieno di preziosi consigli. — Sull'alimentazione: S. LUCIANI e S. BAGLIONI: *L'alimentazione umana secondo le più recenti indagini fisiologiche.* Soc. ed. libraria, Milano, L. 5 (recentissimo). — MARTINET: *Les aliments usuels.* Masson e C., éd., Parigi (1910), L. 4. — Per la storia della medicina vi è molto materiale monografico, ma difettano le opere d'insieme. Una delle meno vecchie è la seguente: PUCCINOTTI: *Storia della Medicina*, Napoli, 1860-70, che però difficilmente si troverà in commercio. INDEX.

VARIA.

Fisioterapia agricola dei feriti in Francia. — Sotto questa denominazione il professore Bergonié, dell'Università di Bordeaux, ha istituito un nuovo metodo di cura dei feriti di guerra, e specialmente di quelli che prima di entrare nell'esercito attendevano a lavori agricoli. Il metodo ha già dato ottimi risultati nell'ospedale di Martillac, è stato cominciato all'Istituto di Francia, ed è stato preso in considerazione dal ministro francese di agricoltura, che si propone di estenderlo a molti luoghi di cura. L'autore lascia da banda le vecchie pratiche della meccanoterapia, con movimenti provocati in ambienti chiusi con apparecchi complicati. Egli afferma che alcuni movimenti ripetuti penosamente per una o anche per due ore al giorno, senza forza e senza volontà, non sono capaci di rifare muscoli, di riassorbire edemi, di ricostituire superfici articolari. Egli impone invece ai suoi infermi un continuo esercizio di tutti i giorni e per tutta la giornata, se possibile, facendoli lavorare in aperta campagna, in modo che essi riprendano, in ambiente simile a quello originario, i movimenti abituali, quasi involontarii cui sono stati allenati fin da fanciulli. In esito a questo sistema si è constatato presso tutti i soggetti che lo stato generale, la funzione cardiaca e polmonare riprendono: di pari passo con la rapida diminuzione dell'impotenza locale. Statistiche rigorosamente stabilite ci apprendono che l'80 per cento degli infermi sono per tal modo restituiti all'esercito, e che un supplemento considerevole di mano d'opera è offerto all'agricoltura. (*L'Idrologia*, ecc., giugno 1917).

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Prof. G. B. QUEIROLO. *Lezioni di clinica medica e lavori sperimentali.* Pisa, 1916.

Il clinico di Pisa ha la buona consuetudine di pubblicare in riassunto le illustrazioni di casi importanti e i lavori della sua clinica in volumi separati che sono come altrettante pietre miliari dello sviluppo della clinica medica.

Di recente ha pubblicato il V saggio dell'attività dell'Istituto suo. E questo è un contributo veramente interessante negli svariati campi della clinica; malattie infettive, malattie dell'apparato respiratorio, circolatorio, digerente e del sistema nervoso. Il volume termina con due saggi sulla terapia fisica e con lavori originali di semeiologia e di terapia.

Dovunque è una esatta e felice osservazione obbiettiva analizzata sobriamente, valutata con criterio clinico sicuro, un'esposizione insieme chiara ed elegante.

Il volume fa onore alla scuola e al maestro.

A. V.

HENRI MALLIÉ. *Les infections paratyphiques.* Un vol. in-8° di 96 pag. Vigot Frères, éd., Parigi. Prezzo L. 2.

In questo libretto l'A. dopo un accenno ai caratteri batteriologici ed alle proprietà biologiche del gruppo dei paratifi, si diffonde più specialmente sulla parte clinica. Dal punto di vista della sintomatologia, divide le forme tifoidi, in cui comprende anche quelle dovute ad associazioni batteriche dalle forme gastro-enteriche dovute al B. di Gärtner. Seguono i capitoli sulla diagnosi clinica e batteriologica e sul trattamento, con particolare riguardo alla dieta.

I. P.

Dott. A. ABATE. *Leishmaniosi interna infantile.* Un vol. in-4° di oltre 300 pagg. con tavole. Stab. tip. S. Di Mattei. Catania.

La leishmaniosi (corrispondente al kala-azar) è di un'estrema rarità nell'Italia settentrionale e centrale, ma è invece abbastanza frequente nelle regioni meridionali, specie in Sicilia. L'A. ha approfittato dell'abbondante materiale offertogli dalla Clinica pediatrica di Catania, diretta dal prof. A. Longo, per un importante studio epidemiologico e clinico della leishmaniosi interna. Oltre ad una diligente rivista della letteratura sull'argomento, l'A. porta il contributo delle sue osservazioni personali, che riguardano circa 120 casi. Di speciale interesse sono le ricerche ematologiche, estese oltre che alla formola leucocitaria ed al tasso emoglobinico, anche alla resistenza globulare.

Buoni risultati ha ottenuto l'A. dal trattamento con il tartaro stibiato proposto dal Di Cristina e dal Castellani.

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Ufficiali medici esonerati.

Riceviamo e pubblichiamo:

Egregio Signore,

Approfittando della di Lei ben nota cortesia, Le sarò grato se Ella vorrà fare inserire nella rubrica esistente nella Sezione Pratica del *Policlinico*, detta «Nella Vita Professionale», a proposito degli ufficiali medici esonerati, le seguenti mie osservazioni e cioè:

Plaudo e concordo pienamente coll'abbonato 1575 essendo anche io di opinione che, senza restrizione di classe di nascita, dovrebbero essere richiamati dal congedo tutti gli ufficiali medici esonerati, tanto della C. R., quanto della Sanità Militare (nella quale condizione mi trovo anche io); facendoli sostituire dagli assimilati, oppure da coloro che si sentissero e resultassero esausti dal servizio militare.

E siccome credo di essere nel vero affermando che la maggioranza, se non la totalità di questi esonerati furono costretti a riprendere il servizio civile contro loro volontà: così io riterrei equo e giusto che senz'altro fossero riammessi in servizio quelli, tra gli esonerati, che spontaneamente ne facessero domanda: giacchè io ritengo che dovrebbe altamente stimarsi e preferirsi quel cittadino che di propria volontà è pronto a offrire la sua attività professionale e individuale a vantaggio della Patria per il conseguimento delle alte finalità che la guerra attuale ci impone.

Abb. 3671.

Plaudo *toto corde* alla proposta dell'abbonato 1575, pubblicata sul *Policlinico* fascicolo 38. L'attuale chiamata dei riformati si ridurrà altrimenti in altrettanti esoneri, concessi a medici che finora hanno goduto lauti stipendi. Contro questo abuso, insorgano i medici condotti; e non protestino gli interessati, i quali devono ambire a portare pur essi l'opera loro alla santa causa. Niente esoneri dunque! Questo è vero amor di patria, che non si esplica soltanto coi pomposi ordini del giorno contro Brunelli!

Un riformato
Abbonato 5013.

Nel fascicolo 38 del *Policlinico*, l'abbonato 1575 richiamerebbe (!) dal congedo tutti gli ufficiali medici esonerati, dal 74 in poi, facendoli sostituire dagli assimilati.

L'ipotetico «gruppo di medici» che ha voluto servirsi del 1575 per esporre le sue «*proposte*» ha pensato al numero di medici che già sono in servizio militare? Ed ha creduto che gli assimilati sieno proprio *da soli* sufficienti ai servizi civili?

E come regolerebbe, poi, l'avvicendamento? O vorrebbe abolito questo beneficio, che dovrebbe, invece, essere allargato?

Il «gruppo di medici» o, meglio «il gruppo di medici assimilati», di cui il 1575 è l'esponente; si accontenti dei guadagni che ha e non cerchi altri cespiti sul rischio degli altri e lasci al Ministro, che non ha bisogno dei suoi evidentemente interessati consigli, ogni studio ed ogni parere.

Abbonato 8000,
nè esonerato, nè avvicendabile.

Sottoscrizione dei farmacisti. — Una sottoscrizione promossa dai farmacisti per riparare i maggiori danni subìti per fatto della guerra raggiunge quasi quella rimasta etica dei medici. Col quarto elenco che comprende le offerte di parecchi Ordini, tale sottoscrizione tocca la cifra di L. 19,282.95.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 2592:

Non si può parlare in questo caso di *avvicendamento*. Trattandosi di un movimento interno nel territorio del corpo d'armata, occorre rivolgersi alla direzione di Sanità di Bari.

All'abb. n. 3751:

Spetta effettivamente al Distretto di Reggio di Calabria di fare lo specchio di proposta, chiedendo il parere alle autorità mobilitate dalle quali il collega precedentemente dipendeva. Può essere che questo carteggio abbia implicato qualche ritardo. Comunque il collega può reclamare al Ministero.

All'abb. n. 5827:

Mancando del globo oculare verrà certamente dichiarato inabile incondizionatamente. M. G.

N. B. Avvertiamo che:

Non si risponde ad anonimi;
Non si risponde a quesiti che riguardano terzi;
Non si risponde a quesiti d'indole esclusivamente personale;
Non si risponde privatamente.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori:

Satta Giuseppe, in patologia medica, a Torino; Giorgi Giorgio, in patologia chirurgica, a Roma; Levi Guglielmo, in clinica ostetrica ginecologica, a Torino; Postiglioni Alfredo, in semeiotica medica, a Napoli; Ricci Alfredo, in ortopedia, a Napoli; Saffiotti Francesco Umberto, in psicologia sperimentale, a Roma.

Sono autorizzati a trasferire le libere docenze i dottori:

Cuzzi Alfonso, da Roma a Pavia, in clinica ostetrica e gin.; Impò Francesco, da Pavia a Messina, in patologia medica; Libonati Bernadrino, da Siena a Roma, in clinica dermosifilopatica.

BERLINO. — Il prof. Uhlenluth, di Strasburgo, è stato chiamato a dirigere l'Istituto Koch per le malattie infettive.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Risanamento delle terre malariche.

Il Ministero per l'agricoltura (Ispettorato generale del bonificamento, dei demani ed usi civici e del credito agrario) ha emanato la seguente circolare ai signori Prefetti, in data 29 agosto 1917, sulla raccolta di dati relativi alle cause naturali locali della recrudescenza malarica:

« L'odierna recrudescenza malarica in Europa, che colpisce in modo particolarmente doloroso il popolo italiano, e la necessità di promuovere e disciplinare il risanamento e la disanofelizzazione delle terre malariche per renderle colonizzabili ed estendervi le coltivazioni, determinano e giustificano l'iniziativa che io reputo urgente e doveroso assumere, nell'interesse dell'agricoltura, per organizzare un completo accertamento delle cause e condizioni locali del malessere tellurico agrario che colpisce ben 3398 zone malariche, sparse in 2682 Comuni, appartenenti a 55 Provincie, e promuovere la sperimentazione dei mezzi più adatti a risanarle.

Queste indagini, che serviranno poi a determinare e consigliare i mezzi più efficaci di distruzione dello anofelismo e quindi del veicolo dell'infezione malarica, saranno compiute in un Laboratorio di biologia agraria e patologia tellurica delle zone malariche, che avrò cura di istituire quanto prima presso la R. Stazione di Patologia vegetale di Roma.

Gli studi di microbiologia tellurica, pedoiatria, entomologia che si compiranno in questo nuovo Istituto verranno diretti principalmente:

a) all'accertamento completo dei rapporti fra terreno, colloidismo, paludismo, condizioni meteorologiche, anofele e malaria; e sopratutto allo studio delle zone non malariche in cui eccezionalmente prospera l'anofele ma non esiste infezione malarica;

b) all'accertamento, nelle zone malariche, delle piante i cui succhi alimentano l'anofele maschio e la cui distruzione, attraverso trasformazioni colturali, indurrebbe la scomparizione dell'anofele, e quindi il risanamento del terreno;

c) alla sperimentazione dei mezzi più economici e più efficaci di distruzione delle uova e larve anofeliche;

d) allo studio dei rapporti fra sottosuolo e suolo e fra la malaria e il tipo delle culture favorevoli e contrarie allo sviluppo dell'anofele, con particolare riguardo al problema dell'estensione delle risaie;

e) al controllo scientifico dell'ipotesi che l'ematozoo delle più gravi e improvvise epidemie malariche possa aver origine, attraverso generazioni alternanti in qualche ospite intermedio, da un parassita tellurico vivente normalmente allo stato saprofitico nel sottosuolo delle terre malariche e capace d'infettare l'ospite intermedio e tto a trasformarlo in ematozoo, allorquando viene alla superficie del suolo in occasione di sterri, scavi, lavori di dissodamento, colmate, ecc.

Onde la necessità e l'urgenza di raccogliere il maggior numero di dati circa le cause dell'attuale recrudescenza malarica, specialmente allo scopo di scoprire se essa sia in rapporto con lavori di sterro, scavi, dissodamenti, bonifiche, rotture e sconvolgimenti del terreno; ovvero se dipenda soltanto dall'aumento degli specchi d'acqua nelle cave di prestito, negli avvallamenti del terreno e nelle opere d'idraulica agraria; poichè nel primo caso si potrebbe studiare e sperimentare qualche disinfezione del terreno, mentre nel secondo caso dovrebbe ritenersi sufficiente la profilassi antilarvale.

Debbo quindi pregare i Signori Prefetti di volere con particolare cura e zelo raccogliere la maggior copia di dati statistici, informazioni, opinioni, interpretazioni o ipotesi di persone competenti sulle cause locali di recrudescenza della malaria che si fosse verificata in quest'ultimo biennio nelle singole zone malariche o fuori delle stesse; nonchè sulla entità e sulle cause di casi nuovi di epidemia malarica, che eventualmente si fossero verificati in provincie o in zone immuni dalla malaria.

Rispetto ai dati statistici locali da raccogliere, bisognerà conoscere: l'eventuale aumento e la ripartizione del numero dei casi d'infezione malarica dell'ultimo biennio in comparazione a quello del biennio precedente, per ciascuna zona malarica; la qualità e gravità delle forme d'infezione; la percentuale di morbilità per malaria indubbiamente primitiva; se le forme più gravi di recrudescenza siano connesse all'invasione anofelica di terre già sane, dissodate o no; o all'immigrazione di malarici; o alla trascuranza accertata della cura e della profilassi chininica; o all'aumento di specchi di acqua e alla correlativa mancanza di una campagna antilarvale; o all'abbandono della coltura; o allo sviluppo dei dissodamenti per culture nuove; o all'estensione dell'idraulica agraria nelle zone malariche.

Le relazioni Prefettizie contenenti questi dati e queste informazioni dovranno essere indirizzate a questo Ministero (Ispettorato Generale del Bonificamento e della Legislazione agraria), il quale ne curerà la trasmissione al nuovo Istituto che sorgerà presso la Regia Stazione di Patologia vegetale di Roma.

Il Ministro: RAINERI.

NOTIZIE DIVERSE

Per la Patria.

Hanno immolato la vita per la Patria i dottori:
Adinolfi Giulio, da Napoli, tenente medico;
Scolari Mario, da Venezia, capitano medico.

Congresso di Medicina Militare.

Il Comitato ordinatore di questo Congresso comunica che l'annunziata riunione dei medici indetta dalla Società Italiana di Medicina interna avrà luogo a Verona, città della Zona di guerra da tutti i punti di vista la più indicata per favorire una larga partecipazione anche dei medici mobilitati.

I lavori del Congresso consisteranno nello studio e relativa discussione dei principali argomenti di medicina militare, e sono già annunziate importanti comunicazioni di clinici e patologi, dalle quali apparirà quanto sia notevole il contributo portato dalla medicina interna nell'attuale guerra.

Le adesioni al Congresso e le cartoline vaglia di L. 12 per quota d'iscrizione devono essere indirizzate al segretario generale prof. A. Berti, aiuto della R. Clinica medica di Padova. A tutti gli iscritti sarà quanto prima indicata la data fissata per la riunione e verrà rimessa sollecitamente la *Tessera personale di congressista*, la quale dà diritto a prendere parte attiva al Congresso.

I ciechi e i sordomuti in Italia.

È stato fatto un confronto statistico fra sordomuti e ciechi in base al censimento del 1911.

In Italia avevamo 27608 sordomuti e 28357 ciechi. Le regioni che danno il maggior numero di sordomuti sono la Lombardia con 5363, e il Piemonte con 3496.

Il maggior numero di ciechi si ha in Sicilia con 3462; segue la Toscana con 2705.

(*Vita Sanitaria*).

Campagna antimalarica della Croce Rossa.

Dalla relazione dell'Ispettore Medico Principale prof. P. Postempski al Presidente dell'Associazione, si apprende che anche nel 1916 la Croce Rossa Italiana ha provveduto al normale servizio antimalarico nell'Agro romano e pontino, sebbene si fossero intensificati i servizi di guerra, e venisse a mano a mano ad aumentare il personale per questi chiamato, e di conseguenza a diminuire il perconale sanitario e di assistenza disponibile.

Nell'Agro romano prestarono servizio, durante il epriodo estivo-autunnale, in tredici Stazioni sanitarie i militi della C. R., che coadiuvarono i medici municipali nel servizio della profilassi chininica. Il Comune di Roma mise a disposizione la somma occorrente. In grandissima parte il personale addetto a tale servizio fu dato nuovamente dal Comitato Regionale di Basi.

Dal principio di luglio alla fine di novembre funzionarono tre Ambulanze supplementari; una di esse proseguì il servizio sino al 31 dicembre.

Nella palude pontina, come pure all'Acciarella, il servizio invernale, espletato da sei Ambulanze, diede ancora una volta prova della sua grande utilità, provvedendo al servizio sanitario medico-chirurgo completo in quelle plaghe rese talora veramente inaccessibili per gli allagamenti.

Nel periodo estivo-autunnale in palude l'epidemia malarica diede una percentuale poco superiore a quella del decorso anno. La popolazione fu leggermente più scarsa.

Anche in quest'anno si provvide al servizio in due cantieri per i lavori della Direttissima.

Fu curato con più sollecitudine e regolarità il servizio di rifornimento delle Ambulanze, essendosi introdotte alcune modificazioni nella sua organizzazione.

Primo Congresso Americano del fanciullo.

Fra i voti approvati in questo Congresso tenuto a Buenos Ayres or è qualche tempo sono i seguenti:

Il Congresso proclama che il corpo dei giovani esploratori non è una scuola di militarismo, ma stimola lo sviluppo della personalità e completa l'azione della scuola nella sua funzione educativa. Il Congresso protesta invece contro la introduzione dello spirito militarista nelle scuole. Pertanto formula un voto di censura per le organizzazioni che, direttamente o no, assumono la forma di *battaglione scolastico*.

Il Congresso esprime il voto che nelle scuole della Repubblica si facciano conferenze settimanali alle madri, preparandole all'educazione fisica, morale e intellettuale dei loro figli; e che si utilizzi il cinematografo e si allestiscano feste quindicinali per attrarre le madri e dar loro le nozioni necessarie, in forma chiara e concisa, sul migliore trattamento dei figli.

Il Congresso fa voti che gli psicologi e gli specialisti collaborino alla soluzione dei nuovi problemi della educazione, relativi alla selezione degli alunni e al trattamento medico-psicologico richiesto dalle condizioni speciali di determinate categorie di alunni, e perchè si includa nelle Scuole Normali il capitolo della pedagogia degli anormali.

Beneficenza.

La signora Maria Crippa vedova Citterio ha regalato al Comitato regionale della Croce Rossa di Milano una carrozza automobile «Limonsine» per uso esclusivo della presidenza.

Il signor Lazzaro Levi, morto a Cento, ha lasciato il suo patrimonio di oltre un milione in beneficenza.

L'industriale cav. Luigi Spadaccini ha elargito all'opera di prevenzione antitubercolare infantile di Milano la somma di lire diecimila, con la quale s'impegna per il mantenimento di un bambino nell'Asilo di Biassano.

Nell'ultima assemblea della Fabbrica Italiana Automobili di Torino (Fiat), fu approvato per acclamazione di devolvere la somma di lire 500,000 per l'erigendo istituto degli orfani dei caduti in guerra.

Per lo stesso scopo la Metallurgica bresciana ha deliberato di concorrere con 250 mila lire.

Il defunto on. Cugnolio, deputato di Vercelli, che coprì la carica di Regolatore dell'Ospedale Maggiore di quella città, ha lasciato al detto ospedale la somma di lire 15 mila, per l'istituzione di un posto intitolato al nome di Modesto Cugnolio.

Il rag. Francesco Manzoni ha legato all'Ospedale Maggiore di Milano uno stabile del valore di quattrocentomila lire, gravandolo dell'onere di alcuni vitalizi a favore della di lui vedova e di alcuni nipoti.

Le Società metallurgiche Ilva e Elba hanno erogato lire 10,000 per il Comitato centrale di Roma « Pro Mutilati ».

Il generale a riposo Grande Ufficiale Capurro, recentemente spentosi a Genova, ha lasciato erede di tutta la sua fortuna l'amministrazione degli Ospedali Civili di Genova per la costruzione del nuovo ospedale a S. Martino di Albaro.

La signora Corinna Guaraldi vedova Beretta, ad onorare la memoria del compianto di lei marito signor Francesco Beretta, ha fatto donazione all'Ospedale Maggiore di Milano di titoli e valori per un complessivo importo capitale nominale di circa L. 100.000, con riserva di usufrutto vitalizio a suo favore e colla condizione che venga eseguito il ritratto a figura intiera del compianto di lei marito suddetto, da collocarsi nella galleria dei ritratti dei benefattori dell'Ospedale Maggiore.

Il Consiglio, accettando colle riserve di legge la munifica donazione, ha espresso la sua gratitudine alla generosa donatrice ed ha affidato, su proposta della Commissione Artistica, l'esecuzione del ritratto di cui sopra all'esimio pittore cav. Arturo Ferrari.

A favore della C. R. I. in Australia.

Il 7 luglio ebbe luogo a Melbourne (Australia) una festa del fiore a favore della Croce Rossa Italiana. Il ricavato ha sorpassato un quarto di milione di lire italiane.

L'imposta sulle specialità medicinali in Francia.

Col 1° giugno u. s., è entrato in vigore l'art. 16 della legge 30 dicembre 1916, relativo all'imposta sulle specialità medicinali in Francia.

L'imposta è press'a poco come quella attuata in Italia ed anche là ha dato luogo a largo interessamento della classe farmaceutica.

Contro l'abuso di morfina e di cocaina in Francia

In Francia una inchiesta è stata aperta dalle autorità di Marsiglia impressionate dal largo uso che si faceva di morfina e cocaina. La polizia ha scoperto il deposito più importante in una farmacia della Rue Cambière, e, ordinata una perquisizione, ha trovato che in quella sola farmacia erano state vendute nell'anno 1916 circa 9000 ampolle di morfina in soluzione, 150 gr. di morfina in polvere e 250 gr. di cocaina. Di tutte queste vendite nulla appariva dai registri, onde i dirigenti furono arrestati

Assoluzione di un farmacista.

Il Tribunale di Torino ha assolto il farmacista Domenico Trisolio dall'accusa di avvelenamento involontario, per una pozione oppiacea somministrata dietro ricetta medica. L'ammalata aveva preso in una sola volta la pozione, nonostante l'uso indicato dal medico. Il farmacista fu condannato solo in contravvenzione, per non aver registrata la ricetta in ripetizione e non aver apposta sulla bocchetta la dicitura « a cucchiai ».

Ufficiale medico condannato.

Il maggiore medico Antonio Di Renzo è stato condannato dal Tribunale Militare di Napoli a 14 mesi di reclusione militare, previa destituzione; egli è stato riconosciuto colpevole di corruzione per avere favorito l'esonero, dietro compenso in denaro, di sette coimputati i quali hanno avuto pene varie da sei mesi a tre anni mentre due altri sono stati assolti.

Ancora l'Accademia Fisico-chimica.

L'Autorità di P. S. informa che l'Accademia Fisica Chimica, con sede in Palermo, ha diramato nel Regno ed all'Estero delle circolari, riuscendo a carpire denaro ai soci cui offre diplomi di benemerenza ed onorificenze prive assolutamente di valore.

(Abbiamo già altre volte posto sull'avviso il pubblico medico italiano sulle gesta dell'Accademia Fisica Chimica, la cui fama si è sparsa oltre i confini d'Italia).

Indice alfabetico per materie.

Amministrazione sanitaria . . . . . . *Pag.* 1302
Anemia da Necator americanus . . . » 1294
Anemia perniciosa: splenectomia e trasfusione . . . . » 1298
Bronchiti micosiche e spirochetosi . . . » 1297
Congresso Americano del Fanciullo . . » 1303
Dissenteria bacillare . . . . » 1299
Fisioterapia agricola dei feriti . . . . » 1300
Feriti: fisioterapia agricola . . . . . » 1300
Malaria - Risanamento delle terre malariche . . . . » 1302
Meningite cerebro-spinale: autosieroterapia . . . . *Pag.* 1287
Necator americanus (Anemia da) . . . » 1294
Pneumotorace - Modificazione all'apparecchio per il pneumotorace. . . . . » 1292
Splenectomia e trasfusione nell'anemia perniciosa . . . . » 1298
Spirochetosi e bronchiti micosiche . . » 1297
Tubercolosi polmonare - Diagnosi . . . » 1281

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali

L. POZZI, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 28 ottobre 1917* Fasc. 44.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

Lavori originali: P. D'Alessandria: Sul trattamento delle fratture esposte del femore per ferite d'arma da fuoco. — **Osservazioni cliniche:** G. Morelli: Di una forma morbosa manifestatasi con disordini della statica e della deambulazione, con oftalmoplegia totale bilaterale subacuta seguita da guarigione. — P. Sisto: Un caso di nefrite acuta con reperto di spirochete nelle urine. — **Riviste sintetiche:** L. V.: Sulla cura dell'otite catarrale media cronica. — **Medicina sociale:** Un progetto d'assicurazione contro le malattie. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Reale Accademia di scienze, lettere ed arti in Modena.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA E TERAPIA: L'epilessia traumatica. — Crisi di ipotermia come equivalente epilettico in un trapanato. — Enuresi congenita ed acquisita da lesioni spinali. — La cefalea da puntura lombare. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.** — **Varia:** I suicidî in Italia. **Nella vita professionale:** Per la ripresa degli studî universitarî di medicina. — **Rivista di giurisprudenza sanitaria:** Sospensione dalla carica del medico condotto sottoposto a procedimento penale. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Albo d'oro.** — **Notizie diverse.** — **Rassegna della stampa medica.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

Ospedaletto da campo n. 43 - 6° Corpo d'Armata - Zona di guerra

Sul trattamento delle fratture esposte del femore per ferite d'arma da fuoco.

Dott. PIETRO D'ALESSANDRIA, cap. medico

Tra gli innumerevoli problemi che la moderna guerra ha posto sotto gli occhi dei chirurgi ve ne sono alcuni la cui soluzione particolarmente si avvantaggia dalla correlazione delle osservazioni che dello stesso caso vengono fatte in tempi differenti e in condizioni di ambiente diverso.

Per giudicare della bontà di un metodo di cura può convenire la esperienza delle conseguenze di quello che è stato il trattamento dei primi giorni, anzi soltanto questa esperienza ci fornisce la possibilità di giudicare quale possa essere la più opportuna condotta iniziale nella cura di svariate gravi lesioni.

La necessità di allontanare rapidamente dalla fronte i feriti ed avviarli per successive tappe negli ospedali teritoriali, toglie al chirurgo la possibilità di orientarsi, perchè egli vede il

ferito in uno solo dei periodi della sua cura e gli manca quella continuità dell'osservazione del decorso che normalmente facilita il compito del chirurgo nella pratica civile.

Si spiegano così anche molte divergenze fra i diversi chirurgi sul metodo da seguire in determinati casi, perchè ognuno si fa il concetto che comportano le condizioni del ferito nel momento in cui lo vede, con vaghe nozioni dei precedenti e senza la possibilità di controllare i risultati della propria opera.

Uno degli argomenti sui quali le opinioni dei chirurgi sono state divergenti, probabilmente in gran parte per le cause su accennate, è quello del trattamento delle fratture esposte del femore consecutive a ferite d'arma da fuoco.

Nel trimestre gennaio-marzo 1916, quale capo di un reparto chirurgico dell'Ospedale Contumaciale di tappa di Pordenone, ebbi occasione di osservare parecchi di tali fratturati, e fui colpito dalla speciale gravità di queste lesioni, per cui venivano ad essere frustrati gli sforzi tentati per modificare l'andamento spesso fatale delle lesioni stesse.

Della questione mi occupai allora in una relazione, venendo a conclusioni sulla necessità dell'inizio precocissimo della cura chirurgica per così dire radicale di dette lesioni prima che i pazienti vengano sgombrati dalla zona delle operazioni.

Il passaggio ad un ospedaletto da campo avanzato mi ha fornito l'occasione di sperimentare praticamente quanto teoricamente mi sembrava rispondente a una retta condotta chirurgica, e i risultati ottenuti han confermato il fondamento di quelle conclusioni, chiarendo la linea di condotta migliore da seguire nell'interesse di questi fratturati.

Per sommi capi riporterò le storie cliniche di tre casi da me osservati a Pordenone. Questi feriti eran giunti a noi da cinque a nove giorni dopo l'avvenuto ferimento. Le ferite eran dovute in un caso a proiettile di fucile, in uno a palletta di shrapnells, e in un altro a scheggia di granata. Quantunque dovuti ad agenti feritori diversi, questi casi presentarono subito la stessa gravità e un decorso presso a poco identico.

CASO I. — Ferito il 25 gennaio 1916 da palletta di shrapnel alla regione media esterna della coscia sinistra, con solo foro d'entrata. Frattura del femore.

Il 27 gennaio in un ospedaletto da campo venne praticato l'esame radioscopico e si notò: incuneamento del moncone superiore nel moncone inferiore, longitudinalmente fratturato in due o tre parti. Non si notò presenza di proiettile.

Dalla cartella clinica risulta che intanto il ferito aveva febbre che oscillava fra 38.4 e 39.1.

(2)

Il 30 gennaio venne ripetuto nello stesso ospedaletto l'esame radioscopico e si scoprì la presenza di un proiettile che venne estratto il 31, mediante un' incisione sul lato esterno della coscia. Si praticò anche una controapertura sulla faccia interna.

Il 3 febbraio, ossia nove giorni dopo l'avvenuto ferimento, venne da noi visitato e notammo: due soluzioni di continuo, una sulla faccia esterna della coscia, lunga circa sei centimetri, l'altra sulla faccia interna di circa cinque centimetri.

Rimossa la medicatura, esce dalla prima un fiotto di marcia. Divaricando le labbra della ferita si nota un'ampia cavità suppurante in mezzo alla quale pescano i due monconi ossei e delle schegge in parte aderenti al periostio. Non esisteva edema della coscia.

Sbrigliammo ampiamente le due brecce; asportammo le schegge ossee libere, regolarizzammo i monconi ossei. Si immobilizzò quindi l'arto con uno steccone di Mac-Ewen. Malgrado ciò la temperatura si mantenne sempre alta. Il 6 febbraio si notò un lieve edema del ginocchio e della regione pretibiale. Temperatura sempre alta, quantunque le condizioni locali fossero apparentemente migliorate.

Il 19 febbraio l'infermo improvvisamente morì con fenomeni d'embolia.

CASO II. — Ferito il 25 gennaio '16 ad Oslavia da pallottola di fucile, con foro d'entrata sul lato interno terzo inferiore della coscia destra e foro di uscita sulla faccia esterna in un piano poco più alto del precedente. Frattura del terzo inferiore del femore.

Giunto a noi otto giorni dopo l'avvenuto ferimento, osservammo oltre ai due fori d'entrata e di uscita del proiettile, la coscia tumefatta, secrezione purulenta delle ferite, febbre elevata.

Si sbrigliarono immediatamente le due ferite, mettendo allo scoperto il focolaio di frattura, si asportarono le schegge libere, si regolarizzarono i monconi e si zaffò il cavo.

Con tutto ciò la temperatura si mantenne alta; comparve edema del ginocchio e della gamba e il 9 febbraio si notò un insaccamento estendentesi sotto il quadricipite, insaccamento che venne aperto e zaffato.

Ciò nonostante le condizioni si fecero sempre più gravi; la temperatura non cedeva; comparve una tumefazione al poplite che il 13 febbraio si incise dando esito a una notevole raccolta purulenta.

Non modificandosi le condizioni locali e generali, si ritenne opportuno proporre la demolizione dell'arto, che venne accettata.

La sezione dell'arto amputato mostrò: osteomielite del femore; trombosi della vena poplitea e della safena; infiltrazione purulenta diffusa intramuscolare e del connettivo periarticolare.

CASO III. — Ferito ad Oslavia il 27 gennaio da scheggia di granata. Venne da noi visitato cinque giorni dopo l'avvenuto ferimento.

Riscontrammo una ferita a margini sfrangiati alla regione antero interna del terzo inferiore della coscia destra, a fondo necrotico. Secrezione fetida. Frattura del terzo inferiore del femore. Tutto l'arto fino al terzo medio della coscia tumefatto. Tinta subitterica.

Immediatamente si sbriglia in alto la ferita, mettendo allo scoperto la frattura del femore. Il proiettile, un dado di ferro, si rinviene all'unione del terzo medio col terzo superiore della coscia.

Controapertura nel cavo del poplite. I muscoli della coscia sono scollati in modo che un ampio tragitto, ricolmo di secrezione fetida, circonda il terzo inferiore del femore, a guisa di ampio manicotto, e il punto suo più elevato corrisponde alla regione postero interna della coscia terzo medio, ove si pratica un'altra controapertura.

Nel pomeriggio improvvisamente l'ammalato morì con fenomeni embolici.

Anche qui si trovò: osteomielite del femore, trombosi settica della vena poplitea, infiltrazione purulenta diffusa intramuscolare.

Nei casi ora ricordati si è avuto in ognuno la diffusione intramuscolare, l'invasione della loggia muscolare posteriore, la formazione di una raccolta nel poplite, l' insorgenza di una flebite con le sue conseguenze.

E' da notare che tutti questi casi sono giunti a noi dopo parecchi giorni dall'avvenuto ferimento (5-8-9 giorni), che eran già manifestati fenomeni di sepsi, che, tranne in un caso, in cui si era praticato un breve sbrigliamento, l'azione del chirurgo si era limitata all'applicazione di un leggero apparecchio immobilizzante.

In tutti i casi i vasti sbrigliamenti da noi praticati, intesi ad aprire le ampie raccolte marciose, ad assicurarne il drenaggio, nonchè a consentire l'adito al focolaio di frattura per poterne asportare corpi estranei, schegge, tessuti necrotici, non hanno avuto il potere di modificare sensibilmente le condizioni della sepsi, che anzi si è osservato un fatale diffondersi di questa intorno e a distanza dal focolaio primitivo, con tutte le conseguenze che han portato in ultimo l'esito letale.

È certo che il primo ed essenziale problema che deve porsi il chirurgo innanzi a queste ferite, è quello della disinfezione del focolaio di frattura.

Chaput considera come infette a priori tutte le fratture da schegge di granata, mentre le fratture da proiettile di fucile e da palletta di shrapnel non sarebbero infette quando gli orifici siano piccoli, stretti, senza ernia muscolare e senza secrezione sanguigna. In questo caso sarebbe, secondo lui, indicato di toccare con jodio gli orifici prodotti dal proiettile, di applicare una medicatura asciutta, poco spessa e un apparecchio gessato od un apparecchio ad estensione continua.

Infettandosi più tardi il focolaio, la condotta deve essere invece rapida ed attiva. Altri come Delbert, Kirmisson e Faure opinano che la cosa più importante in queste fratture sia la immobilizzazione immediata dell'arto leso mediante un apparecchio definitivo e si astengono, si noti bene, sistematicamente, in primo tempo da qualsiasi intervento sul focolaio di frattura, non curando neppure l'ablazione di schegge libere, a meno che si siano spontaneamente fatte strada verso l'esterno.

Si potrebbe fino a un certo punto convenire nel concetto d'astenersi da ogni immediato intervento anche minimo, come la specillazione, in quelle lesioni nelle quali è lecito a priori sperare non infette, e tale sarebbe il caso delle ferite da pallottola di fucile con stretti orifici di ingresso e di egresso.

In questi casi l'intervento per liberare il campo da schegge od altro potrebbe essere rimandato ad un periodo più avanzato, quando la formazione di una zona reattiva intorno al focolaio di frattura ci potesse dare affidamento di trovare l'organismo già preparato per una valida difesa contro eventuali infezioni.

Ma i nostri casi dimostrano come questi criteri non siano da prendersi in senso assoluto.

Un generoso intervento si impone talora e precisamente appena vi sia un accenno all'iniziarsi di un processo flogistico. Abbiamo veduto questi casi giunti a noi in 5ª-8ª-9° giornata dal ferimento già irreparabilmente infetti in guisa che tutti i provvedimenti suggeriti dalla esperienza non son valsi a porre un argine al dilagare fatale del processo.

Niuno potrebbe osare affermare che se in questi casi specifici il chirurgo fosse intervenuto prima, se il focolaio di frattura fosse stato aperto e sbarazzato da ogni corpo estraneo, da schegge, ecc.; se si fosse proceduto alla energica disinfezione di esso subito o dopo brevissima dilazione dall'avvenuto ferimento, i risultati sarebbero stati diversi; ad ogni modo un fatto è certo e cioè che di fronte a questi casi non più al loro stato iniziale l'animo del chirurgo viene preso da una singolare angustia di fronte alla gravità e alle difficoltà del problema da risolvere, di fronte al sentimento dell'enorme responsabilità che comporta una qualsiasi decisione sulla condotta da seguire.

Noi ci convincemmo che in queste lesioni l'aspettativa per quanto vigile fosse una pratica pericolosa e che l'intervento precoce e radicale si imponesse fin dall'inizio, evitando al ferito i disagi di un lungo trasporto, sotto pena di vederci in prosieguo impotenti ad opporre un argine al diffondersi dalla sepsi e impotenti a salvare il ferito non solo da una demolizione dell'arto, ma anche dalla morte.

I fatti ci dovevan dare completamente ragione, e la esperienza fatta nei casi recentemente osservati fin dall'inizio provarci luminosamen-

te quanto fosse fondato il nostro convincimento.

Otto furono i feriti con frattura esposta del femore che avemmo occasione di curare durante l'azione di agosto che ci portò alla conquista di Gorizia.

Meglio di qualunque discussione, un breve riassunto delle storie cliniche a questi casi riferentisi, varranno a dimostrare l'importanza di un intervento precoce e radicale.

CASO I. — P... I..., capitano di fanteria, ferito il 6 agosto nelle prime ore del mattino da proiettile di fucile. Entrato all'ospedaletto il 7 agosto.

Presenta una ferita a solo foro d'entrata sulla faccia anteriore della coscia destra due centimetri all'esterno del fascio vascolare e poco al di sotto del piano passante pel grande trocantere.

Narcosi cloroformica: sbrigliamento del foro d'entrata. Si cade sul focolaio di frattura e si asportano le schegge libere. Si pratica una controapertura sulla faccia esterna della coscia, terzo superiore, allo stesso livello della precedente e sotto l'aponeurosi si rinvengono il proiettile deformato e frammenti della camicia di questo, oltre a brandelli di stoffa grigio-verde e numerose piccole schegge libere. Tamponamento; apparecchio provvisorio.

I primi tre giorni susseguenti si ebbero lievi elevazioni di temperatura, non oltre i 37,8 e al quarto giorno si applicò un apparecchio gessato e fenestrato.

Da allora la temperatura si mantenne sempre sotto i 37°.

La guarigione procede normalmente.

CASO II. — D... L..., soldato di fanteria, ferito il 6 agosto sul Sabotino da proiettile di fucile. Presenta una ferita trasfossa al terzo medio della coscia destra diretta dall'avanti all'indietro, e con frattura del femore. Spostamento notevole dei frammenti.

Entra all'ospedaletto l' 8 agosto. Dalle ferite secrezione siero-purulenta.

Narcosi cloroformica: si sbriglia la ferita sul la faccia posteriore della coscia e si asportano schegge libere e brandelli di abito.

Tamponamento con garza imbevuta in soluzione di ipoclorito di calcio. Apparecchio provvisorio.

Nei quattro giorni successivi lievi elevazioni termiche da 3 a 6 decimi.

Il quinto giorno apparecchio gessato e fenestrato. Da allora la temperatura si mantenne al di sotto dei 37°.

CASO III. — M... L..., ferito il 6 agosto sul Sabotino da proiettile di fucile. Entra all'ospedaletto il 7 agosto.

Presenta una ferita trasfossa della coscia sinistra, con foro d'entrata sulla faccia anteriore della coscia all'unione del terzo inferiore col terzo medio, e foro d'uscita due dita al disotto del gran trocantere. Frattura comminuta del femore. Gli orifici di ingresso e di egresso sono piccoli; da essi non geme alcuna secrezione. Nessun segno di flogosi. Si applica un apparecchio immobilizzante, ma il ferito non viene sgombrato.

Rimase apirettico per una diecina di giorni, poi cominciò ad avere delle modiche elevazioni termiche nelle ore pomeridiane e si cominciò a notare una secrezione purulenta dalla ferita sulla faccia posteriore della coscia.

Si interviene immediatamente.

Sotto narcosi cloroformica si sbriglia il foro di egresso e si cade sul focolaio di frattura; si asportano numerose piccole schegge libere.

Si regolarizzano i due monconi ossei, si tampona con garza imbevuta in soluzione d'ipoclorito di calce e si applica un apparecchio gessato e fenestrasto.

La temperatura cade definitivamente sotto i 37°.

CASO IV. — P... P... ferito il 15 agosto presso Gorizia da proiettile di fucile. Entra all'ospedaletto lo stesso giorno.

Presenta una ferita trasfossa della coscia destra. Foro d'entrata sulla faccia anteriore terzo medio e foro d'uscita sulla faccia posteriore, presso la piega della natica.

Secrezione siero-ematica. Lieve edema della radice dell'arto.

Narcosi cloroformica: si sbriglia ampiamente il foro d'uscita e si asportano brandelli di abito e numerose schegge libere. Si regolarizzano i monconi ossei e quindi si tampona con garza imbevuta in soluzione di ipoclorito di calcio.

Si immobilizza l'arto con uno steccone di Mac-Ewen.

Si ebbe in seguito qualche lieve elevazione termica che presto cessò completamente.

CASO V. — A... F..., ferito il 14 agosto alle falde del M. Santo da proiettile di fucile. Entra all'ospedaletto nella notte dal 14 al 15 agosto. Ferita a solo foro d'entrata sulla faccia antero-esterna della coscia destra, terzo superiore. Tumefazione della natica e della radice della coscia.

Narcosi cloroformica: si sbriglia il foro di entrata e si cade sul focolaio di frattura. Il femore è scoppiato e le schegge sono proiettate a distanza e si sono impiantate in numerosi, piccoli frammenti nei muscoli.

Controapertura sulla regione trocanterica; estrazione del proiettile, di numerose schegge libere e di brandelli di stoffa grigio verde. Tamponamento con garza imbevuta in soluzione di ipoclorito di calcio; apparecchio gessato e fenestrato.

Nei giorni successivi la ferita si mostra di ottimo aspetto; ma la temperatura sale oltre i 38°. L'infermo ha dispnea, tosse secca, stizzosa; su tutto l'ambito toracico rantoli numerosi a medie e a piccole bolle. Aia cardiaca coperta; margini polmonari poco spostabili.

L'affezione polmonare andò aggravandosi e il soldato morì il 23 agosto.

CASO VI. — U... H..., prigioniero austriaco. Ferito il 7 agosto ad Oslavia da schegge di di granata. Vien trasportato all'ospedaletto il 10 agosto.

Frattura largamente esposta dell'avambraccio destro e ferita trasfossa della coscia destra con frattura del femore al terzo superiore. Condizioni generali gravi; anemia profonda; temperatura elevata; ferite suppuranti.

Le condizioni generali sconsigliano un intervento immediato, e ci limitiamo perciò al

tamponamento delle ferite e all'applicazione di due apparecchi immobilizzanti provvisori. Il 16 agosto, essendo migliorate le condizioni generali, si pratica in narcosi cloroformica una ampia incisione nella regione trocanterica e si asportano numerose schegge libere e brandelli di stoffa. La ferita manda odore fetido; i due monconi di frattura presentano un aspetto grigiastro. Recentati questi, si tampona con garza imbevuta in soluzione di ipoclorito di calcio e si applica un apparecchio gessato e fenestrato. L'infermo migliora rapidamente.

Riporto per ultimo due casi nei quali anzichè il metodo consueto, pensai di sperimentare il metodo suggerito da Carrel, della sostituzione del drenaggio colla disinfezione continua e prolungata del focolaio di frattura, mediante i particolari dispositivi tecnici da lui ideati. Nei due casi l'intervento avvenuto quando vi eran già sintomi evidenti d'infezione, ottenne di raggiungere lo scopo.

S... A..., sottotenente di fanteria, ferito il giorno 6 agosto al Lenzuolo Bianco da due proiettili di mitragliatrice. Giunge all'ospedaletto nelle seconde ventiquattr'ore. Presenta due fori d'entrata sulla faccia antero-interna della coscia sinistra; e due corrispondenti fori di uscita sulla faccia postero-esterna, terzo inferiore. Frattura del femore. I fori non piccoli, stretti, non segreganti; non edema dell'arto; non febbre. Si toccano le ferite con tintura di jodio e si applicano tamponi imbevuti di alcool. Apparecchio immobilizzante.

Il ferito si mantiene apirettico fino al 12 agosto. Nel pomeriggio del 13 la temperatura sale improvvisamente a 39°.4, preceduta da brividi.

Narcosi cloroformica: tolto l'apparecchio si nota una zona di infiltrazione sulla faccia interna della coscia nei suoi due terzi inferiori, discreto versamento nell'articolazione del ginocchio, edema della gamba.

Con una larga incisione parallela all'asse dell'arto si congiungono i due fori di uscita e si ariva sul focolaio di frattura. Il femore presenta una frattura comminuta; i due monconi presentano una superficie di sezione irta di punte e distano fra di loro circa 3 centimetri. Si asportano numerose schegge libere; quindi si pratica una controapertura sulla faccia antero-esterna completando la pulizia del focolaio e regolarizzando le superfici di sezione dei due monconi ossei.

Si tampona con garza imbevuta in soluzione di ipoclorito di calcio. Apparecchio immobilizzante provvisorio.

Nei giorni successivi la temperatura non raggiunse più i 39° e non comparvero brividi, si mantenne però nelle ore pomeridiane intorno ai 38° e mezzo.

Il 21 agosto la temperatura sale nuovamente oltre i 39° preceduta da brividi.

Si applica allora un apparecchio gessato e largamente fenestrato. Nella breccia praticata sulla faccia esterna della coscia si introducono due tubi di gomma, chiusi con un filo di seta a una delle estremità, muniti di fori laterali e circondati da un doppio strato di tessuto spugnoso. I due tubi vengono introdotti nella ferita in modo che la loro metà munita di fori laterali e avvolta nel tessuto spugnoso passi al di sotto rispettivamente dei due monconi ossei.

I capi liberi dei due tubi vengon messi in comunicazione con un recipiente contenente una soluzione di ipoclorito di calcio. Si fanno passare da 25 a 30 gocce di soluzione all'ora senza interruzione.

La temperatura cade.

Due giorni dopo si toglie l'apparecchio e si nota la completa scomparsa dell'edema della gamba ed il riassorbimento del liquido endoarticolare.

Si applica un nuovo apparecchio gessato e si continua la stessa medicatura, sostituendo quindi al lavaggio un leggero zaffamento con garza sterile.

La temperatura si mantenne costantemente al di sotto dei 37°, e il processo di riparazione riprese il suo corso.

B... A..., ferito da pallottola di shrapnel il 27 agosto. Presenta una ferita a solo foro di entrata sulla faccia interna della coscia sinistra all'unione del terzo superiore col terzo medio. Frattura del femore.

La radiografia dimostra la presenza di una palletta di shrapnells sulla faccia interna del terzo superiore del femore ad un focolaio di frattura a grosse schegge, dirette longitudinalmente secondo l'asse dell'arto. L'arto presenta un accorciamento di circa due centimetri.

Temperatura oscillante fra 37°.8 e 38°.5.

Si nota inoltre un'altra ferita da palletta di shrapnells a fondo cieco nella regione del tendine d'Achille di sinistra.

Narcosi cloroformica: sulla faccia anteroesterna del terzo superiore della coscia si pratica un'incisione di 10 centimetri di lunghezza; si cade sul focolaio di frattura; si asporta una palletta di shrapnells che mostrasi appiattita su di un lato. Si asportano alcune schegge piccole libere e un brandello di stoffa grigio verde.

Asportata anche la palletta nella regione del tendine d'Achille, si applica un apparecchio gessato e fenestrato.

Nella ferita della coscia si introduce un tubo di vetro sterilizzato, in comunicazione con un recipiente contenente soluzione di Dakin di fresco preparata e si fanno cadere da 25 a 30 gocce di liquido ogni ora.

La temperatura cadde subito sotto i 37°.

Gli esami microscopici del materiale prelevato dalle pareti della ferita, eseguiti nel laboratorio batteriologico del VI corpo d'armata diedero una quantità di germi sempre minore, tanto che dopo otto giorni si sospese il lavaggio e si procedette alla chiusura della ferita.

I muscoli aderirono perfettamente in modo che la frattura si trasformò da esposta in chiusa.

Al cinquantesimo giorno si tolse l'apparecchio e si constatò la perfetta consolidazione dei frammenti.

I casi ricordati sono di per sè stesso troppo eloquenti perchè occorrano parole per illustrarli. Essi dimostrano innanzi tutto come un trattamento precoce e radicale e una immobilizzazione perfetta valgano a rendere la prognosi di queste lesioni molto meno grave

di quello che non sia nei casi di interventi tardivi.

Dimostrano inoltre come si debba sempre diffidare di quelle ferite che e per l'agente vulnerante e pei loro caratteri esterni sembra debbono essere asettiche. Se in queste ferite non si interviene subito, bisogna vigilare con la massima attenzione e tenersi pronti ad intervenire ogni qual volta si manifesti un segno qualsiasi di flogosi.

Conseguentemente si deve convenire come feriti di questo genere debbano essere trattenuti, nei limiti del possibile, nelle formazioni sanitarie più avanzate, e trattati come feriti *intrasportabili* alla stessa guisa dei cavitari. Essi devon trovare negli ospedaletti da campo avanzati il loro posto di cura e da qui non dovrebbero essere sgombrati che quando fosse scomparso ogni pericolo d'infezione e possibilmente muniti di un apparecchio immobilizzante definitivo.

Una necessità richiede inoltre la cura di queste lesioni ed è l'esame radiografico, sia per la localizzazione eventuale di proiettili, sia per fornire al chirurgo un'immagine precisa della forma e della disposizione dei frammenti e delle schegge che, come si sa, possono venir proiettate a distanza dal focolaio stesso. È infatti intuitivo pensare come sia necessario asportare con la maggior cura e diligenza tutte le schegge libere, ricercandole specialmente nello spessore dei muscoli vicini. La loro permanenza costituisce un elemento sicuro di insuccesso.

I due ultimi casi riportati meritano di essere presi particolarmente in considerazione.

Due soli casi sono certamente insufficienti in senso assoluto per farsi un concetto del metodo sperimentato. Tutt'al più, dato il risultato favorevole ottenuto, possono servire ad indicare che la tecnica, che non è nè difficile nè estremamente complicata, è perfettamente eseguibile nelle condizioni che son consentite da una formazione sanitaria di prima linea.

Ma non si tratta qui di trarre deduzioni da questi due casi, bensì di sommare questi coi tanti altri che son stati già altrove osservati e che sono descritti nella letteratura francese.

Ora, per quanto non sia universale il consenso sulla bontà del metodo, una cosa si può affermare, che nessuno di quelli che se ne sono occupati, lo reputa dannoso, sebbene alcuni non ne abbiamo ottenuto effetti brillanti, tanto che han dovuto in un secondo tempo ricorrere ai metodi già prima seguiti, ossia ai drenaggi, medicature, ecc.

Però se noi consideriamo che questo metodo porterebbe, a parità di risultati, dei vantaggi enormi, quali sarebbero il risparmio al paziente delle sofferenze soventi gravissime delle medicature ripetute per dei mesi, e il risparmio del tempo necessario alle dette medicature, risparmio di tempo e di energia del chirurgo, si intende, preziosissime in un'ora come questa dove non vi è opera di chirurgi sufficiente all'immane lavoro, si può ben dire esser prezzo dell'opera portare a conoscenza dei colleghi ogni contributo sia pur minimo allo studio del metodo stesso. Questo per lo meno nella speranza che l'esperienza ulteriore di numerosi casi e che l'opera anche di altri osservatori, valga a far luce vera sul valore di esso e possibilmente a raggiungere quei risultati che l'inventore del metodo se ne riprometteva.

Novembre, 1916.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Di una forma morbosa manifestatasi con disordini della statica e della deambulazione, con oftalmoplegia totale bilaterale subacuta seguita da guarigione

pel dott. GIOVANNI MORELLI.

D... R... A..., di anni sei, da Godega di S. Urbano.

Nacque a termine da parto normale. Fu allattata dalla madre per dodici mesi, ma dopo il terzo mese fu nutrita anche con latte di vacca.

Ha debole costituzione; camminò da sola dopo un anno e mezzo dalla nascita; soffrì di rachitide non grave.

Subito dopo la nascita quelli di casa s'accorsero che la metà destra della faccia della neonata era alquanto più sottile della sinistra specialmente in corrispondenza della regione zigomatica.

Ha tre sorelle e viventi; l'ultima presenta segni di rachitide e di deficiente nutrizione.

I genitori contadini godono buona salute. Ai primi di febbraio di quest'anno ebbe il morbillo pel quale rimase in letto due giorni; dopo otto giorni era completamente guarita. Non ha avuto difterite, nè altre malattie infettive.

La madre mi racconta che nel pomeriggio del 12 marzo si accorse che la bambina non poteva stare in piedi ma barcollava come fosse ubbriaca e che aveva tendenza a cadere lateralmente ed in avanti; che per non cadere doveva appoggiarsi ai tavoli, alle sedie, al muro.

Il mattino successivo accusò nausea, malessere generale, cefalea, dolori vaghi pel corpo; la madre dice che la piccina aveva la pelle molto calda e che di quando in quando veniva presa da subdelirio.

La sera stessa la madre notò che la palpebra superiore sinistra erasi abbassata chiudendo incompletamente l'occhio e che la bambina per guardare sollevava la palpebra colle dita; il giorno dopo anche la palpebra superiore destra era in ptosi ma in grado minore della sinistra; la madre non osservò se la figliola fosse diventata losca.

Il giorno 15 marzo i genitori, spaventati da questi fatti, mi portano la malata in ambulatorio.

Esame obbiettivo. — Bambina con sviluppo scheletrico deficiente; ossa sottili con lieve ingrossamento delle epifisi; gabbia toracica allargata nelle parti latero-inferiori con residui di rosario rachitico; si nota una leggiera differenza fra i due lati della faccia, il destro appare alquanto più sottile ma non presenta alcuna alterazione della pelle e dei capelli; bozze frontali prominenti.

Nulla a carico dell'apparecchio respiratorio, digerente, uropoietico. Le urine non contengono zucchero, nè albumina; sono piuttosto abbondanti ed hanno un peso specifico di 1025.

Riguardo all'apparecchio circolatorio notasi: aia cardiaca normale, toni cardiaci netti, valvolanti; è presente una tachicardia a ritmo alquanto irregolare.

A carico del sistema nervoso sono evidenti i seguenti fatti:

I. *Alterazioni della statica e dell'andatura.* — La bambina non può mantenere la posizione eretta se non appoggiata colle braccia o col tronco a qualche sostegno; lasciata libera in piedi viene presa da trepidazione negli arti inferiori e cade piegandosi sui ginocchi e inchinandosi ora in avanti, ora lateralmente.

Sostenuta e costretta di muoversi vacilla, barcolla, divarica le gambe che entrano in tremore e procede a passi lenti, larghi, irregolari; lasciata a sè oscilla maggiormente e cade.

Appoggiata al muro colle braccia procede con andatura di chi cammina pauroso sopra un pericolo; muove prima gli arti superiori appoggiando le mani al muro e spostandole con strisciamento, quindi muove gli arti inferiori senza compiere propriamente il passo ma avvicinando il piede che rimane indietro a quello che è innanzi nella direzione del movimento; subito dopo è presa da tremore, vacilla e chiama la mamma in aiuto.

L'inferma non dice di avere giramenti ma afferma di sentirsi cadere. Messa a sedere non accusa più alcun disturbo.

Avvicinandole i piedi, chiudendole completamente gli occhi colle dita accusa maggiore instabilità.

II. *Ptosi palpebrale bilaterale.* — Gli occhi sono quasi completamente coperti dalle palpebre; la ptosi è più accentuata a sinistra; le palpebre non possono essere sollevate spontaneamente.

III. *Paralisi dei muscoli esteriori degli occhi.* — I bulbi oculari non possono compiere alcun movimento; sono fissati in avanti e nel centro. Sforzando la bambina di seguire collo sguardo il mio dito nelle varie direzioni dello spazio i bulbi oculari rimangono tenacemente e costantemente fissi nella posizione accennata; la bambina per lo sforzo che compie nei tentativi di movimento piange lamentandosi di non potere guardare e di sentire dolore negli occhi.

IV. *Paralisi dell'accomodazione pupillare.* — Le pupille reagiscono appena alla luce, non reagiscono affatto all'accomodazione. Non si può ottenere l'esame della modificazione pupillare nei movimenti di convergenza.

Non esiste anisocoria; le pupille sono modicamente dilatate.

Nessun segno di paralisi o di paresi degli altri nervi cranici.

La bambina apre e chiude la bocca normalmente, sporge e retrae la lingua in maniera fisiologica, la lingua non presenta segni di atrofia; la favella è normale sia per la pronuncia che per tono della voce; normale la deglutizione pei liquidi e solidi; normale la masticazione; volta palatina, velo pendolo, faringe non presentano alterazioni.

Nessun sintomo di paralisi dei muscoli degli arti superiori ed inferiori.

La bambina tiene la testa alquanto abbassata, ma dicendole di alzarla la solleva prontamente. Ha l'aspetto di persona dormiente e raccolta.

Esiste una iperattività del frontale sinistro.

I muscoli del tronco non appaiono lesi.

Sensibilità generale e sensi specifici.

C'è un accenno ad iperestesia cutanea; all'infuori di ciò la sensibilità generale è normale.

Udito, gusto, olfatto normali.

La vista non è alterata.

La piccina vede bene gli oggetti, non ha diplopia, nè falsa proiezione delle imagini; mostrandole un oggetto posto ad una data distanza e dicendole di prenderlo allunga il braccio in maniera sufficiente e necessaria allo scopo e senza incoordinazione. Il campo visivo non appare alterato per quanto difficilissima ne sia la ricerca.

Riflessi cutanei. — Riflesso plantare, addominale presenti; diaframmatico notevole; il rientramento dell'appendice eusiforme è spiccato; riflesso palatino, faringeo, congiuntivale presente tendinei. Patellare presente; riflesso del tendine di Achille, Kernig, Brondzinstky, Babinski assenti. Sfinteri normali.

Esiste leggiera incoordinazione nei movimenti degli arti inferiori.

La bambina ha accusato ed accusa specialmente la notte dolori alle braccia ed alle gambe.

Psiche integra, intelligenza pronta.

La bambina al momento dell'esame non ha temperatura febbrile.

Decorso del processo morboso.

Per due giorni i sintomi si mantennero invariati; accennarono quindi a diminuire.

Il 26 marzo la ptosi si presenta meno accentuata; l'oftalmoplegia invariata; diminuiti i disturbi della statica e dell'andatura; la bambina può rimanere in piedi senza appoggio e senza essere presa da trepidazione; non può camminare se non sostenuta e il passo è sempre incerto e barcollante.

Il 15 aprile la malata è quasi completamente guarità; l'oftalmoplegia è totalmente scomparsa; i muscoli oculari funzionano normalmente e di tutta la sindrome avuta rimane soltanto una lieve incertezza e titubanza nel cammino. La bambina cammina da sola, senza appoggio, non barcolla, non allarga nel passo gli arti inferiori; va a scuola a piedi, legge e scrive.

La madre mi riferisce che dal 1° giugno anche la lievissima incertezza del passo scomparve completamente.

Due ordini di fatti si presentano nella storia di questa malata:

1° disturbi della statica e dell'andatura;

2° paralisi dei muscoli oculari.

All'inizio del processo morboso la bambina aveva un'andatura da ubbriaco, barcollava, allargava le gambe con tendenza a cadere lateralmente ed in avanti; in seguito non poteva mantenere la posizione eretta e provandosi di rimanere ferma sui piedi veniva presa da trepidazione nei ginocchi, la quale si diffondeva agli arti, al tronco; le gambe le si piegavano e la malata cadeva se non si appoggiava a qualche sostegno; di poi non le era più possibile il camminare da sola; soltanto sostenuta o appoggiata al muro poteva muoversi nella maniera già descritta.

La bambina aveva un difetto di coordinazione limitato alla stazione eretta ed alla deambulazione, oppure aveva una sensazione illusoria di instabilità; aveva cioè una atassia o una forma di vertigine?

L'assenza di paralisi e di paresi, di disordini di sensibilità, di lesioni trofiche degli arti inferiori dimostrava l'integrità anatomica e funzionale di essi.

La malata non diceva di sentirsi girare o che le si muovevano intorno gli oggetti; seduta non accusava più i disturbi che le si manifestavano stando in piedi; inoltre l'inferma non aveva diplopia, nè disturbi di proiezione del campo visivo; e perciò sembrerebbe logico di poter escludere la vertigine come causa dei fenomeni suddetti.

Però nei bambini che non possono spiegare esattamente le loro sensazioni riesce assai spesso difficile l'escludere fatti soggettivi tanto più che la vertigine s'accompagna molte volte a disturbi dell'equilibrio e che tanto la vertigine che le lesioni dell'equilibrio hanno non infrequentemente un'unica causa.

La malata presentava segni caratteristici di atassia cerebellare localizzata agli arti inferiori e probabilmente a qualche gruppo muscolare del collo, atassia che comparve alcun tempo prima delle lesioni a carico dei nervi oculari e che fu ultima a scomparire.

Le lesioni a carico dei muscoli oculari si iniziarono con cefalea, malessere generale, nausea e forse con febbre da prima nell'occhio sinistro e dopo circa quarantotto ore nell'occhio destro; l'oftalmoplegia fu notata completa dopo sei giorni.

I nervi offesi furono il 3°, il 4°, il 6°, cioè tutti i nervi dei muscoli oculari. Insieme alla ptosi bilaterale, più accentuata a sinistra, si ebbe fissazione centrale dei bulbi senza possibilità di ottenere alcun minimo movimento di essi.

Essendosi la malata presentata all'esame del medico quando le lesioni oculari erano completamente sviluppate, non si è potuto stabilire quali muscoli furono da prima offesi e la modalità di sviluppo della paralisi, se i muscoli oculari furono colpiti *in toto* e contemporaneamente, o parzialmente e con quale successione.

*
* *

Una lesione che colpisce in maniera rapida il 3°, il 4°, il 6° senza portare disturbi dei nervi vicini è con molta probabilità di origine nucleare.

Una lesione che si localizza alle radici nervose dei nervi oculari è sempre accompagnata da compartecipazione di altri nervi cranici ed in ispecie del settimo e del dodicesimo, e da lesioni del fascio di moto il quale decussandosi

sotto l'origine dei nervi oculari porta emiplegia alterna o anche diplegia.

Le lesioni dei nervi oculari localizzate fra la loro origine apparente e la penetrazione nell'orbita difficilmente dànno paralisi totale e si associano a lesioni di altri nervi specialmente dell'olfattorio e dell'ottico.

Le affezioni intraorbitali si manifestano per lo più con dolori orbitali, con disturbi visivi, con sporgenza dei bulbi, con paralisi unilaterali incomplete.

Non credo si possa ammettere una paralisi bilaterale completa pseudobulbare superiore di origine corticale o subcorticale senza presenza di gravi fatti cerebrali e senza sintomi di paralisi pseudo bulbare inferiore.

Il dubbio di una polineurite viene tolto dall'assenza di dolori spontanei ed alla pressione, di disturbi della sensibilità e di turbe a carico di altri nervi.

La malata non ha mai avuto precedentemente sintomi di epilessia, non ha stimmate di natura isterica da fare sospettare in questa malattia o un equivalente epilettico o una manifestazione d'isterismo.

***

Le malattie del sistema nervoso che si sviluppano in modo acuto o subacuto o improvviso dipendono il più delle volte da disturbi di circolazione, da processi infiammatori, da cause tossiche.

L'acuzie dei fenomeni poteva far pensare nel nostro caso ad un processo infiammatorio; ma il decorso e l'esito dovevano necessariamente fare riferire la malattia ad un processo morboso che pur ledendo la funzionalità rispettasse l'integrità della sostanza nervosa, e quindi o a lievi disturbi di circolazione od a disordini di origine tossica.

La bambina non aveva subito traumatismi al capo, non aveva bevuto vino o liquori da produrle squilibri circolatori e sintomi di avvelenamento; non ebbe difterite che spesso dà sintomi di oftalmoplegia.

Venti giorni prima dello sviluppo di questa malattia la piccola inferma ebbe il morbillo; sappiamo che il morbillo può dare oftalmoplegia.

La bambina è figlia di contadini, i quali, in queste parti del Veneto, passano la vita nell'inverno e in primavera nelle stalle.

La stalla è il salotto dei nostri contadini; nella stalla si mangia, si lavora, si fa all'amore, si festeggiano le ricorrenze liete; la stalla è il loro calorifero, ma purtroppo la stalla è focolaio di sviluppo e di diffusione di molte malattie, malattie cutanee trasmesse dagli animali, malattie dell'apparecchio respiratorio, malattie parassitarie dell'apparecchio digerente, malattie tossi infettive.

***

Se lesioni delle funzioni avessero sempre corrispondenti alterazioni anatomiche si dovrebbe in questo nostro caso localizzare il processo morboso al cervelletto per il primo ordine di fatti, al pavimento del terzo ventricolo, all'acquedotto del Silvio, al pavimento del quarto ventricolo pel secondo.

Ma la fisiologia e la clinica insegnano che l'atassia cerebellare non è dovuta sempre a lesione primitiva, diretta del cervelletto, potendosi avere sindrome cerebellare per lesioni a distanza fuori del cervelletto stesso, e che sindromi bulbari possono presentarsi in malattie localizzate fuori del mesencefalo come nei tumori cerebellari i quali possono dare idrocefalo, compressione, spostamento, alterazioni varie delle parti prossimali e sottostanti.

Nella piccola inferma all'infuori della statica e dell'andatura non si ebbe alcun altro sintoma di malattia primitiva cerebellare.

Un processo cerebellare per poter dare secondariamente oftalmoplegia subacuta bilaterale dovrebbe presentarsi con un complesso sintomatologico ben più vario e ben più grave di quello della nostra malata.

La fisiologia insegna che gli organi centrali della deambulazione sono contenuti nel tratto bulbo-protuberanziale e che il bulbo è anche centro per la stazione attiva, per far conservare e assumere all'animale una determinata posizione.

L'anatomia e la fisiologia hanno fatto conoscere i rapporti numerosi che passano fra cervelletto e bulbo.

Il centro della deambulazione logicamente deve essere in rapporto colla funzione coordinatrice cerebellare. Una lesione che offende i nuclei di origine dei nervi oculari potrà alterare pur anche la funzionalità del centro della deambulazione e della stazione attiva in modo da impedire che questo riceva gli impulsi cerebellari fisiologici necessari a mantenere normale la statica e l'andatura e da dar luogo quindi alla sindrome atassica senza offesa della funzione regolatrice o coordinatrice del cervelletto.

La stazione cerebellare spedisce lungo i fili di congiunzione l'impulso fisiologico alla stazione bulbare di ricevimento, ma tale impulso non è ricevuto o malamente ricevuto per un guasto di questa.

E così mi pare si possano spiegare le alterazioni della statica e dell'andatura presentatesi nella malata senza dover ricorrere ad una le-

sione cerebellare incompatibile colla sintomatologia e col decorso di questo processo morboso.

Per l'aspetto dell'inferma somigliante a quello di un tipo gerliano credetti sulle prime di trovarmi davanti ad un caso di vertigine paralizzante.

Ma la malattia di Gerlier è caratterizzata da accessi improvvisi, fugaci e ripetent'si di vertigine e di paresi muscolare la quale, secondo i muscoli colpiti, dà agli infermi aspetti caratteristici che vennero dal Gerlier raggruppati in tre tipi principali: nel tipo dell'addormentato, del raccoglimento, del cieco ubbriaco.

Nella malattia di Gerlier non si ha atassia, ma i disturbi dell'andatura sono in gran parte dovuti alla paresi degli arti inferiori; non si ha vera oftalmoplegia ma ptosi più o meno accentuata e che può essere bilaterale.

Nel Kubisagari vengono colpiti anche muscoli, i cui nervi hanno i loro nuclei d'origine nel bulbo sì da simulare qualche volte la malattia di Duchenne; ma la malattia di Gerlier ha sindrome così diversa e così diverso decorso da quello della mia malata da non dover essere ricordata che per la fallace somiglianza del tipo del cieco ubbriaco col portamento della piccola inferma.

Nè si può riferire la presente malattia ad una polioencefalite superiore acuta emorragica la quale dà sintomi di notevole gravità ed ha esito quasi sempre infausto.

Da tutto quanto è stato detto della sindrome, del modo di sviluppo, dell'esito devesi noverare questo processo morboso fra le forme di paralisi nucleari bulbari superiori subacute di origine tossica; e avendo poi la bambina subìto, poco tempo prima di questa malattia, il morbillo non sarà illogico ritenerlo di natura tossico-morbillosa, a meno che non si voglia attribuirlo all'azione tossica di germi incogniti sviluppatisi nella stalla, come pare avvenga per alcune nevrosi e per la malattia di Gerlier, il che, pura ipotesi, è ancora più improbabile.

Fontanelle di Oderzo, 13 luglio 1916.

R. CLINICA MEDICA PROPEDEUTICA MILITARIZZATA DI TORINO (Prof. A. CECONI, direttore).

Un caso di nefrite acuta con reperto di spirochete nelle urine.

Breve nota del maggiore medico P. SISTO, aiuto e libero docente, attualmente in un ospedale contumaciale (Udine).

La presente breve nota ha per scopo di rendere pubblico il reperto orinario di un caso di nefrite acuta, che senza avere la pretesa di portare un contributo alla tanto discussa questione della eziologia delle nefriti osservate numerose fra i combattenti sulle varie fronti della guerra attuale può tuttavia essere di una certa importanza.

Nel corso delle mie ricerche in parte già pubblicate sull'eziologia dell'ittero epidemico, a scopo di controllo ho esaminato coi metodi atti a mettere in evidenza la *spirochaeta ichterohaemorragiae*, il sedimento urinario di un gran numero di soldati sani o affetti da malattie diverse, fra questi dieci casi di nefrite acuta emorragica e in uno di essi il reperto dello spirochete fu positivo.

Si trattava di un soldato di fanteria (F. A.) della classe del 1888 proveniente dalla trincea, nel cui anamnestico non vi erano mai state malattie di importanza. Discreto bevitore di vino e di liquori, mai contagiato di sifilide, si trovava sotto le armi dal dicembre 1916. Verso la fine di aprile 1917 si accorse della comparsa di edemi da prima localizzati al viso, poi diffusi a tutto il corpo, prostrazione di forze, dolori alla regione lombare. I disturbi dapprima non molto gravi, gli permisero per qualche giorno di attendere ancora alle sue occupazioni di prima linea, ma poi coll'aumentare degli stessi e coll'aggiungersi di senso di oppressione di respiro, cefalea, inappetenza, avendo notato una evidente diminuzione dell'orina che aveva pure assunto un colore rosso sangue, dovette riparare in un ospedale da campo. Trasferito il 21 maggio all'ospedale contumaciale di Udine, presentava degli edemi assai pronunciati agli arti inferiori, meno alle mani, alla faccia e al collo: non febbre; polso teso ritmico, 90; pressione omerale sinistra (Sahli), 130; R. 28. Area cardiaca leggermente aumentata verso sinistra; itto della punta nel quinto spazio, un centimetro infuori dell'emiclaveare, primo tono impuro alla punta, secondo tono un po' accentuato su tutti i focolai. Segni di lieve catarro bronchiale. Non versamenti nelle cavità sierose. Milza e fegato non palpabili.

Orine nelle 24 h., gr. 1000; D.1012; reazione del sangue positiva; albumina 2‰. Nel sedimento dell'orina globuli rossi e bianchi, cilindri ia lini e granulosi in discreta quantità, cellule dei tubuli contorti in degenerazione granulograssa. Nei preparati del sedimento ottenuto mediante lunga centrifugazione e colorati coi metodi di Renaux-Wilmaers e di Giemsa, numerosissimi spirocheti. Si trattava di forme evidentemente appartenenti tutte alla stessa specie, identiche a quelle che si trovano nell'ittero epidemico, di lunghezza varia da 6-15 μ con numero di spire vario da 4-12, con estremità appuntite, ora diritte, ora ripiegate ad uncino, colorabili intensamente.

Dopo soli 3 giorni di degenza in ospedale, quando mi accingevo a procedere ad altre ricerche per accertare il valore del mio reperto, per imprescindibili necessità militari il malato dovette essere sgombrato verso l'interno.

La mia osservazione è rimasta così assai incompleta: ho creduto tuttavia utile di renderla pubblica, perchè in aggiunta alle varie cause invocate a spiegazione della nefrite acuta dei combattenti (perfrigerazioni, alimentazione, piombo, cocchi e bacilli di specie diversa, ecc.) in una comunicazione di Salomon e Neveu alla Société de Biologie nel marzo 1917 (*Presse Médicale, n.* 16, 1917) è sostenuta l'ipotesi che responsabile della nefrite sia lo stesso spirocheta dell'ittero epidemico che questi AA. avrebbero trovato nelle orine in tre casi.

L'ipotesi invero per quanto suffragata finora da pochi reperti — il mio sarebbe per quanto io ne conosco il quarto caso — si presenta assai seducente se noi consideriamo che anche nell'ittero epidemico il rene è in buon numero di casi compromesso e la sintomatologia urinaria della nefrite al completo, e che esistono casi di spirochetosi senza ittero a dimostrare che questo sintomo per quanto frequentissimo non è assolutamente necessario alla malattia. La prova che lo spirochete isolato dalle orine dei nefritici sia la causa della malattia per ora ci manca del tutto (in altri casi io ho tentato l'inoculazione nelle cavie del sangue dei nefritici, ma senza risultato) e la mia osservazione alla soluzione di questo problema non porta contributo di sorta, così non è da ascludersi a priori che questi eliminatori di spirocheti possono essere dei semplici portatori e la nefrite non riconosca affatto la sua causa nel microrganismo.

La mia breve nota ha soltanto lo scopo di richiamare l'attenzione degli studiosi che abbiano a trovarsi in presenza di casi simili e più fortunati di me siano nella possibilità di seguirli e di studiarli.

15 settembre, 1917.

RIVISTE SINTETICHE.

Sulla cura dell'otite catarrale media cronica.

Questa malattia è stata detta la pietra di paragone degli otoiatri, poichè resiste spesso alle cure più intelligenti ed assidue e continua fatalmente la sua evoluzione fino alla sordità. In casi favorevoli diviene stazionaria; si danno anche delle migliorie, probabilmente indipendenti dalla cura; ma di solito prevalgono le tendenze lentissimamente progressive della malattia.

L'affezione è sicuramente sostenuta da stati generali che favoriscono l'attecchimento dei germi: debolezza costituzionale, malattie esaurienti e anemizzanti, come tubercolosi, lue, morbo di Bright, rachitismo, emorragie; spesso esiste la così detta diatesi artritica. La malattia viene favorita da tutte le condizioni di vita anti-igieniche.

In secondo luogo interviene una predisposizione locale. Quasi sempre la malattia consegue a ostruzioni croniche del naso, della laringe, a malformazioni del setto nasale, a vegetazioni adenoidi, ad alcune speciali conformazioni del cranio e particolarmente della base di esso e della volta faringea; tali stati morbosi assumono molta importanza in quanto che l'otite media catarrale comincia sempre (e dura talora per molti anni in questo stadio precursore) con una *cattiva ventilazione della cassa dalla via tubarica*, o per fatto meccanico primitivo o per catarro che tumefà la mucosa del naso faringe, ecc.

Ne sono indici i così detti raffreddori cronici, l'abolita funzione respiratoria nasale (che obbliga a mantenere costantemente aperta la bocca), ecc. Su questi fatti il pubblico ed i medici non si soffermano, ciò che porta a trascurarne la cura, in cui risiede una efficace profilassi della sordità. Opportunamente Bilancioni ha insistito nel rilevare che si tratta di elementi essenziali per lo sviluppo della malattia.

I fatti meccanici preparano il terreno all'attecchimento dei germi nella cassa del timpano. Secondo le ricerche di Gradenigo e Maggiora, sono gli stessi che determinano le forme neppurative; ne differiscono solo perchè molto attenuati, svirulentati, epperò ad azione mitissima e oltremodo protratta.

Schematicamente la malattia, una volta avviata, passa per vari stadî, i quali però non sono ben distinti.

I germi che risalgono per la tuba d'Eustacchio determinano una salpingite; questa è cau-

sa di ostruzione; ne deriva rarefazione dell'aria contenuta nella cassa, quindi atelettasia e produzione di un essudato sieroso o sieromucoso, *ex-vacuo*, per lo più scarso: è lo stadio essudativo, ordinariamente fugace; l'essudato viene poi invaso dai germi provenienti dalla tuba, e ne deriva la produzione reattiva di catarro: è lo stadio catarrale; in seguito la reazione della mucosa e della sottomucosa dà origine ad un'iperplasia: è lo stadio iperplastico; il connettivo, infiltrato di piccole cellule rotonde, ricopre le finestre, anchilotizza gli ossicini, dà origine ad aderenze, ecc.; la mucosa e il connettivo un po' per volta si coartano, le briglie e le aderenze si retraggono, si raggrinzano, il connettivo si carica di fibre, si indurisce: è lo stadio sclerotico; seguono ancora atrofie ed infiltrazioni calcaree della mucosa, ecc. La malattia varia per decorso e intensità, dalle forme che si innestano sulle otiti catarrali acute o che conseguono a forme acute recidivanti, alle forme più insidiose; dalle forme localizzate alle finestre, o tra gli ossicini, od alla membrana, alle forme diffuse.

Le variazioni nello sviluppo delle briglie, delle pieghe, delle aderenze, spiegano perchè in condizioni analoghe ora si determini sordità grave, ora un disturbo appena apprezzabile dell'udito. Prima o poi viene cointeressato il labirinto, ora con fenomeni di semplice compressione, ora con la compartecipazione al processo infettivo, sino ad aversi cofosi completa.

Specialmente tenaci sono le forme giovanili, che paiono legate a rachitismo, e quelle in cui entra in gioco l'eredità, della quale si è cercato di precisare il meccanismo.

Intervengono momenti occasionali; per es., Blackwell (*Med. Record*, 1916) ha ultimamente rilevato il compito dei bagni di mare (eserciterebbero un'azione dannosa in molte otopatie per l'azione traumatica e termica dell'acqua sull'orecchio).

Importa sospettare la malattia nei due primi sintomi, i quali consistono in mali di testa persistenti, ronzii, lievi stati vertiginosi, ipoacusia, ecc., così da poter chiedere in tempo il sussidio dello specialista per l'accertamento diagnostico. In questo stadio precoce occorre sovratutto differenziare l'affezione organica dalle urostopatie; che sono forme puramente funzionali, ovvero sostenute da un lievissimo substrato organico, frequenti nelle nevrosi di ansia e d'angoscia; veri stati d'allucinazione sensitivo-sensoriale, si manifestano con paraestesie della gola (sensazione penosa di pienezza di peso), paracusie, stati vertiginosi, ecc. (Cfr. Devaux e Logne, *Les ausieux*, 1917).

Man mano che la malattia progredisce la diagnosi diviene sempre più agevole e sicura.

*
* *

Il trattamento tende ad arrestare l'evoluzione della malattia più che a ripristinare le condizioni normali. Esso va per le lunghe: siccome non si ottengono risultati brillanti, ad un certo punto i malati si scoraggiano e i medici se ne disinteressano; d'altra parte non è da escludere che molte cure sieno intempestive e dannose: riesce facilissimo, purtroppo, di arrecare del danno.

Occorre dunque di soddisfare una duplice condizione: sapere con esattezza come procedere e perseverare nella cura.

Ci occuperemo della cura dell'otite catarrale cronica sulla scorta di un breve ma interessante articolo di B. Robinson (*Medical Record*, 12 maggio 1917), nel quale sono contenute molte indicazioni pratiche. Lo completeremo con altri dati.

*
* *

Siccome non è dubbio il concorso di cause generali, ogni cura la quale tenda a emendare la discrasia sottostante, accresce le probabilità di guarigione. Sono consigliabili quindi la vita all'aria libera e gli esercizi fisici, evitando però gli strapazzi; una vita psichica tranquilla, esente da preoccupazioni e da patemi d'animo; un regime dietetico razionale, particolarmente evitare l'ipo- e l'iperalimentazione, rinunziare o quasi ai dolci, all'alcool, al tabacco; osservare la morigeratezza sessuale; praticare delle cure ricostituenti (ferro, arsenico, stricnina, opoterapia).

Ma questo trattamento generale non basta; esso anzi esercita un'influenza molto limitata sul processo morboso.

Si rende manifesta, dunque, l'opportunità d'intraprendere la *cura locale*, che però è sempre ardua e richiede molte cautele per evitare di peggiorare la situazione.

*
* *

Di solito questa cura viene iniziata tardi, quando la malattia è già abbastanza progredita, poichè per molto tempo lo stato dell'orecchio non richiama l'attenzione del malato.

In tali condizioni si può ottenere molto meno che se la cura fosse intrapresa fin dalle prime manifestazioni morbose.

Si è ricorso spesso alle iniezioni entro la cassa, per la via delle tube, di varie sostanze allo stato liquido o di soluzione (bicarbonato di soda, ioduro di potassio, cloralio idrato, nitrato d'argento, solfato di zinco o di rame,

iodoformio, pilocarpina, adrenalina, fibrolisina, ecc.), nell'intento di modificare favorevolmente il processo infettivo; ma queste sostanze sono difficili a maneggiare; esse irritano quasi sempre: dopo un miglioramento fugace, che illude il malato e il medico, segue quasi a colpo sicuro un peggioramento. Oggi si preferisce di rinunziare a queste medicazioni.

Rispondono meglio alcune sostanze adoperate allo stato di vapore: olio essenziale di eucalipto, di trementina, di pino marittimo, tintura di benzoino, cloroformio, etere, iodio, ecc., che vengono introdotti con l'aria nell'eseguire le insufflazioni alla Politzes; ma non c'è da fare neanche su di essi un grande affidamento.

Le *insufflazioni* alla Politzer sono molto largamente adoperate. Rispondono bene solo durante i primi stadii; come fa osservare Lowenberg, restano inefficaci nelle forme secche, in cui possono anzi determinare aggravamenti e riuscire pericolose, se eseguite con forza: esser causa della rottura di aderenze, provocare piccoli stravasi sanguigni che determinano nuovi processi infiammatorii e proliferativi, sfiancare la membrana del timpano.

Con un po' di buona volontà, si riesce ad istruire il paziente a praticare da sè in modo soddisfacente l'insufflazione, così che egli non debba dipendere dallo specialista per una manovra tanto semplice, ciò che eleverebbe il costo della cura e finirebbe per indurre stanchezza nel malato e nel medico.

Per semplificare la tecnica, è forse preferibile di far pronunziare la sillaba *huc* (procedimento di Gruber), anzichè far bere il solito sorso d'acqua. Conviene di far introdurre nella narice la cannula circondata da cotone, così da agevolare ed assicurare la chiusura. Volendo usare una vaporizzazione medicata, basta far cadere su questo cotone 5-10 ed anche 15 gocce di spirito di cloroformio (cloroformio in alcool al 6 %), secondo le indicazioni di Robinson. Si insegnerà anche al paziente a rilevare il rumore subbiettivo che denota la buona riuscita dell'operazione.

Il trattamento verrà eseguito tutti i giorni od a giorni alterni. Nei casi leggeri, che vanno bene, il miglioramento dopo l'insufflazione risulta evidente e persiste per ventiquattr'ore. Se il risultato è meno netto, ma pure palese, è consigliabile di continuare la cura per 4-6 settimane. Essa va ripetuta poi due volte l'anno, per un mese ogni volta. Se invece non si rileva nessun benefizio entro una diecina di giorni, è inutile persistere.

L'insufflazione ha lo scopo di rifornire aria alla cassa, così da impedire l'atelettasia persistente della membrana timpanica, le anchilosi degli ossicini e le aderenze in questa posizione; di facilitare il vuotamento dell'essudato siero-mucoso o catarrale, comprimendolo e forzandolo nelle tube; di asportare in parte questo essudato, mediante l'aria immessa in lieve eccesso entro l'orecchio e che poi fuoriesce; di mantenere la perveità delle tube. Per agevolare la fuoriuscita dell'essudato, utilizzando anche la forza di gravità, è bene che il paziente tenga il capo abbassato e volto dalla parte dell'orecchio malato.

Alle volte l'insufflazione non riesce, quando la stenosi tubaria è marcata; in questi casi, per vincere la resistenza, serve meglio il *cateterismo*, il quale dilata le tube e al tempo stesso consente una più sicura insufflazione.

Dunque il cateterismo non sempre occorre; è indicato solo quando la stenosi non è vinta dall'insufflazione, ed anche allora solo di tempo in tempo, p. es. 1-2 volte per settimana. In queste condizioni il cateterismo riesce di complemento all'insufflazione semplice.

Naturalmente esso esige l'opera dello specialista. È preferibile di associarvi l'uso dell'aria compressa, la quale determina un'insufflazione graduabile in modo rigoroso. L'aria è da preferire all'ossigeno, perchè questo viene riassorbito più rapidamente, mentre non esercita nessun'azione battericida.

Se il catetere non passa, risponde bene il *drenaggio*, ottenuto a mezzo di sonde o bugie flessibili, guidate dal catetere; possono essere di celluloide o di minugia (corda di violino); queste, lasciate per qualche tempo *in situ*, si rigonfiano e dilatano dolcemente la tuba.

Molta importanza spetta al *pneumo-massaggio auricolare*, che tende a promuovere la fo-riuscita, attraverso le tube, del materiale contenuto nella cassa; inoltre esso determina iperemia attiva e favorisce il riassorbimento. Giova sempre, salvo negli stadi atrofici, molto avanzati, e nel rilassamento della membrana.

Va eseguito a dovere; se troppo rude, può danneggiare: p. es., la sonda di Lucae è stata abbandonata, perchè determinava traumatismi, irritazione e peggioramenti. Molto meglio tollerati e più idonei sono i massaggi blandi, ottenuti p. es. con il *masseur* di Delstanche. Invece che mediante l'elettricità, si può far muovere questo apparecchio da sè (sono in commercio piccoli apparecchini a mano). Si fa agire per non più di un minuto ogni volta. Ancora più semplicemente ed utilmente, si può utilizzare la stessa pera di Politzer, introducendo l'innesto terminale entro il condotto

uditivo esterno ed assicurandovelo con un po' di cotone, così da chiudere il condotto stesso; poi si comprime moderatamente e si lascia decomprimere la pera, ripetendo rapidamente la manovra. Si può anche adattarvi un innesto speciale, come quello di Bacou. Ancora più semplicemente: si applica a piatto, sull'orecchio malato, la palma della mano corrispondente, poi si stacca rapidamente, poi si riapplica, e così via, in modo da determinare una serie di compressioni e decompressioni, per 5 minuti ogni volta. Si può anche piegare il trago sul condotto uditivo esterno per mezzo di un dito, a molte riprese, per 5-10 minuti; ma questa forma di massaggio è meno efficace della precedente.

Per determinare l'iperemia curativa nella cassa ed esercitare un'azione antimicrobica, si possono usare il caldo semplice (per es. termoforo elettrico) e i rivulsivi (per es. l'ovatta termogena); ma meglio risponde una lampada elettrica, forse perchè ricca di raggi penetranti, che agiscono in profondità ed esercitano un'azione microbicida. Questo mezzo giova sovratutto quando v'è sclerosi anchilosante nelle articolazioni delle ossicina intra-auricolari, che viene ridotta: quanto meno, se ne arresta o se ne ritarda l'incremento. È preferibile usare una lampada terapeutica potente, che si avvicina e si allontana per 5 minuti incirca (più o meno) ogni giorno.

Oltre alle cure locali sull'orecchio, si richiedono quelle locali del naso-faringee, da cui probabilmente parte l'infezione auricolare. Riescono utili sovratutto in principio; poi l'affezione dell'orecchio decorre per suo conto, indipendentemente da quella naso-faringea, che però non è mai da trascurare, in quanto che, eliminandola, si può evitare la ripetizione o la continuazione del processo infettivo dell'orecchio.

Se queste cure sono istituite in tempo, alle volte riescono ad arrestare od a guarire il processo morboso auricolare.

Quando v'è congestione e stenosi delle tube, convengono, come si è detto, i drenaggi a mezzo di insufflazioni o di cateterismi, ripetuti anche 1-2 volte al giorno, o del sondaggio. Se v'è faringite (e non manca quasi mai) si ricorre allo iodio diluito in glicerina, al protargolo, al nitrato d'argento, al galvano, cautere, ecc.; occorre agire specialmente presso l'ostio delle tube, per mezzo di uno stuello di cotone, cui si dà la forma del catetere per le tube d'Eustachio (Gradenigo).

Nell'ipertrofia della tonsilla linguale (a cui per solito si fa poca attenzione, sovratutto se non determina che una sensazione di corpo estraneo in gola), Biedert (*Med. a. Surg. Rep. of the Episc. Hosp.*, 1915) consiglia la miscela: iodio 0.8-1-.0 gm., ioduro potassio 1.6-2.0 gm., glicerina 30 gm., od anche la glicerina tannica; i detti rimedi vanno portati per mezzo di uno stuello di cotone sulla base della lingua, mentre questa è spinta molto in avanti, evitando di farli giungere ai lati dell'epiglottide; le applicazioni si ripetono 3-4 volte, ad intervalli di 3-4 giorni; se non bastano, si cauterizza la tonsilla linguale con acido triclorometico, con acido cromico o meglio col galvano cantere; come palliativo si può anche usare una soluzione cocainica (Turtur, questo giornale 1917).

Se vi sono vegetazioni adenoidi, asportarle.

Se v'è ostruzione nasale, far uso di pomate astringenti, della cauterizzazione, delle operazioni sui turbinati e sul setto, ecc.

Un coadiuvante delle cure è dato dal clima; ma naturalmente questo mezzo è riservato solo ma naturalmente questo mezzo è riservato ai favoriti dalla fortuna. Conviene un clima asciutto, di montagna; non mai il mare, specialmente se la malattia è ancora nello stadio di essudazione, di catarro.

Un'azione speciale spetta ai bagni termali. Probabilmente modificano tutto il ricambio, ma esercitano anche un'azione curativa locale, sulle prime vie aeree.

Un luogo classico di cura è Aix-les-Bains, ove si fanno bagni, inalazioni, massaggi; a produrre i buoni effetti segnalati, oltre l'acqua calcica-idrosolforata termale, concorre certo il cambiamento di regime.

In Italia vantiamo le acque salso-iodiche di Salsomaggiore; le inalazioni dei sali di questa stazione si praticano anche in speciali istituti; più semplicemente, si può consigliare ai malati non abbienti un inalatore Acmé, per il quale si usano le acque madri che vengono riscaldate.

Occorre della prudenza, affinchè non si abbia un effetto contrario alla risoluzione desiderata: può svilupparsi una faringite bromica-iodica. Vi sono degli individui intolleranti, ai quali questa cura non conviene affatto.

Non acceniamo neppure agli interventi chirurgici, fortunatamente abbandonati.

L'uso dei vaccini e dei sieri è ancora allo stato di tentativo.

Quando la malattia si è resa stazionaria, è utile di ripetere, un paio di volte all'anno, la cura locale, per un mese ogni volta.

Se si producono riacutizzazioni, converrà il riposo a letto, rendere severo il regime, prendere qualche purgante, e localmente praticare delle applicazioni calde.

***

Usando le cure prudenziali da noi indicate, i risultati saranno lenti, ma sicuri, purchè gli sforzi siano perseveranti.

Naturalmente, non c'è da aspettarsi mai nulla di straordinario nè di rapidissimo.

Ma siamo certi che l'adozione di queste misure allevierà le sofferenze di molta parte dell'umanità, determinate dalla perdita progressiva dell'udito.

L. V.

MEDICINA SOCIALE.

Un progetto d'assicurazione contro le malattie.

Secondo l'Abbiate (*La Cooperazione Italiana*, 31 agosto 1917), l'assicurazione deve essere obbligatoria per tutti i salariati ed impiegati d'ambo i sessi oltre i 16 anni, con retribuzione non superiore a 2400 lire annue. L'Istituto delle Assicurazioni sociali funziona a mezzo del Consiglio Superiore, presso il Ministero dell'industria e di uffici periferici, con circoscrizione o provinciale, o comunale, o circondariale secondo l'importanza della popolazione.

L'assicurazione contro i danni delle malattie è esercitata dalle Società di mutuo soccorso, dalle Casse professionali e dai Sindacati di previdenza; dove queste istituzioni manchino devono sorgere le Casse comunali, rette da amministrazioni miste (Comune, operai, imprenditori). Questi enti devono provvedere ai propri assicurati un sussidio giornaliero a partire dal 4° e fino al 90° giorno di malattia; un sussidio di maternità di lire 40; l'indennità di funerale di lire 50; l'assitenza medica e farmaceutica; l'assicurazione dell'operaio alla Cassa per la vecchiaia mediante il versamento a questa di lire 1 mensilmente.

Dopo il 90° giorno, e fino al 730° si ha il periodo così chiamato di «invalidità temporanea» alla quale provvedono le Federazioni provinciali fra gli Istituti che esercitano l'assicurazione contro le malattie, corrispondendo una lira giornaliera all'assicurato, e versando alla loro volta una lira al mese per ciascun invalido alla Cassa vecchiaia.

Dopo il 730° giorno si ha l'invalidità permanente ed entra in funzione la Cassa nazionale di previdenza col sussidio di lire 0.75 giornaliero od il ricovero dell'invalido in un Istituto di assistenza; anche questa Cassa deve versare lire una al mese per l'assicurazione-vecchiaia.

Lo stesso Istituto garantisce ad ogni lavoratore che si inscriva al 16° anno, una pensione di lire 360 annue a datare dal 65° se uomo, e dal 60° se donna. In caso di morte prima di quest'età è conferita per 6 mesi una pensione ai figli minori di 15 anni, o, in mancanza di questi, alla vedova.

Contributi. Per l'assicurazione, malattia e per l'invalidità temporanea il premio è unico, e così ripartito: l'operaio deve versare lire 9 annue fino al salario di 3 lire, e l'uno per cento sulla parte di salario eccedente; altrettanto deve corrispondere l'imprenditore. Il Comune e lo Stato versano un contributo annuo di lire 3 e 9 rispettivamente.

Le Casse-malattia verseranno sulle loro entrate una percentuale, da fissarsi ogni quinquennio dal Consiglio superiore, a favore delle Federazioni per l'invalidità temporanea, e della Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità permanente. Per l'assicurazione-vecchiaia oltre ai contributi delle singole casse, si ha il versamento di una quota annua fissa di 6 lire da parte dello Stato, dell'operaio e dell'imprenditore.

Speciali disposizioni riguardano il versamento del contributo da parte di coloro che lavorano a domicilio.

Assicurazioni facoltative. Possono associarsi ad istituzioni mutue riconosciute dallo Stato, contro i rischi del lavoro e della vita, le donne occupate nei lavori domestici che non abbiano un reddito superiore a 3600 lire, e gli uomini che abbiano un guadagno dalle 2400 alle 3600 lire. Lo Stato contribuisce con la quarta parte dei premi da loro pagati, purchè non superino 6 lire annue.

La gestione infortuni sarà tenuta dagli istituti attualmente esistenti; il contributo dell'assicurazione graverà a carico totale del datore di lavoro. L'indennità decorre dal 45° giorno dall'infortunio perchè dal 4° al 44° giorno l'operaio percepirà il sussidio-malattia.

Questo, nelle linee principali il progetto Abbiate, pregevole certamente ma non privo di lacune. Ci pare, infatti, bene concepita l'organizzazione amministrativa dell'Istituto delle assicurazioni sociali e, di massima, ben impostato il congegno delle varie forme di assistenza. Sulla parte finanziaria del progetto, che ci pare molto roseo, non è dato pronunziarsi per mancanza di elementi. La proposta che limita il trattamento-infortunio a datare dal 45° giorno non crediamo possa essere presa in considerazione, per il danno evidente che ne deriverebbe agli operai i quali giustamente devono aver diritto ad un trattamento più favorevole quando rimangono vittime del lavoro.

Nel progetto è, poi, trascurata del tutto la parte riguardante il servizio sanitario e l'assistenza ospitaliera, problemi che ci auguriamo vengano risolti con soddisfazione della classe medica.

x.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Reale Accademia di scienze, lettere ed arti in Modena.

Adunanza del 24 giugno 1917.

Presiede il prof. UGO AMALDI.

Per lo studio delle lesioni dei nervi periferici.

Il prof. ARTURO DONAGGIO tratta dell'importanza dell'indagine istologica, specie con i metodi neurofibrillari — e ricorda, tra i ricercatori italiani, il Perroncito — sulle lesioni dei nervi periferici; osserva che tale indagine, rivelando la sorprendente capacità di rigenerazione delle fibre nervose periferiche, come è stata una tra le basi scientifiche che hanno guidato agli interventi, tanto numerosi in chirurgia di guerra, in determinati casi di lesione dei nervi periferici, così dovrebbe esser sempre utilizzata dopo l'atto operativo per integrare e chiarire l'osservazione clinica, ciò che, invece, fin qui è avvenuto piuttosto raramente, secondo è stato da più parti notato: ed espone particolarità metodiche sull'indagine in questione.

Dopo aver ricordato che gli stessi procedimenti, con i quali egli ha raggiunto la dimostrazione della rete neurofibrillare negli elementi nervosi, l'hanno condotto contemporaneamente alla colorazione elettiva della parte cilindrassile delle fibre nervose tanto nell'asse cerebro-spinale quanto nei nervi periferici, chiarisce come vadano utilizzate per i cilindrassi dei nervi periferici le proprietà elettive dei propri metodi (particolarmente del 2° e del 5° descritti nella *Rivista sper. di Freniatria*, vol. XXX, fasc. 2°-3°, e nelle *Archives it. de Biologie*, volume XLVI, fasc. 3°); cita a questo proposito le ottime ricerche di G. Modena condotte con i detti metodi su lesioni sperimentali dei nervi periferici (*Arch. it. de Biologie*, volume LIV, fasc. 3°).

Riguardo al requisito della elettività necessario in simile ordine di ricerche, deve ricordare di aver osservato che i metodi di riduzione argentica (Cajal, Bielschowkj) possono trarre ad apprezzamenti erronei per la contemporanea colorazione, senza differenziazione, di strutture non nervose: ciò che è stato confermato, per quanto riguarda i cilindrassi, oltre che dalle ricerche di G. Modena, anche dalle ricerche di V. Bianchi, Sciuti, Cantelli sul comportamento dei cilindrassi dei centri, queste ultime eseguite, com'è di regola per il cervello, con il metodo 4° dell'O., in confronto con i metodi di riduzione argentica.

Data la necessità che l'indagine oltre a soddisfare al requisito dell'elettività di colorazione delle neurofibrille, sia portata sulle altre strutture costituenti la zona lesa, l'O., per rispondere a tale esigenza, ha ora precisato che specialmente le sezioni dei pezzi trattati con il metodo 5° (dalle quali, del resto si può già, con il consueto procedimento, se non si spinge troppo oltre lo scoloramento, ottenere in parte la colorazione suppletoria, senza turbare sensibilmente l'elettività del metodo, per il fatto della differenziazione metacromatica) sono suscettibili, purchè siano liberate dal mordente (molibdato d'ammonio) con accurato lavaggio, di indagine suppletoria con colorazioni comuni; in modo da fornire il desiderato quadro globale della lesione.

Riconosciuto che una delle ragioni della frequente mancanza dell'applicazione dell'esame istologico sul materiale asportato specialmente per quanto riguarda il comportamento delle neurofibrille, può derivare dal fatto che non sempre è possibile disporre subito delle sostanze necessarie all'intero svolgimento dei metodi, l'O., pur ammettendo che è preferibile, nell'applicazione dei propri metodi neurofibrillari, attenersi al procedimento quale egli lo ha originariamente descritto, riferisce che si può ovviare all'inconveniente riducendo il procedimento iniziale alla semplice fissazione, poichè ha constatato che, quando il nervo sia fissato in soluzione satura acquosa di sublimato (36 ore), eliminando poi l'eccesso di sublimato con alcool a 70 jodato (48 ore) e sia conservato in alcool a 70, gli ulteriori passaggi possono essere rimandati a quando le condizioni di ricerca siano più agevoli, purchè nel riprendere la serie dei passaggi, si riconducano i pezzi all'acqua distillata attraverso soluzioni gradualmente allungate di alcool: così si può conservare ed utilizzare un materiale prezioso, il cui esame contribuirà a mettere in luce problemi non ancora risolti d'intersese scientifico e pratico.

Infine il prof. GAETANO MAGNANINI, a nome anche dei prof. G. Bianchi e del dott. G. B. Venturi, presenta « Notizie di esperienze per estrarre industrialmente il bromo dalle acque madri delle saline marittime durante la guerra ».

Relativamente all'estrazione dello jodio dalle acque minerali italiane l'O. deve constatare che le analisi che si trovano nei libri e nelle monografie relative a tali acque sono molto spesso errate e più precisamente sono errate le analisi di quelle acque che dovrebbero contenere quantità rilevanti di jodio (qualche decigrammo per litro). Perciò avendo l'O. in unione ai sopracitati chimici, escogitato un processo industriale per l'estrazione dello jodio da acque minerali molto iodurate, dovette abbandonare l'applicazione in seguito a nuove analisi praticate alle sorgenti.

L'O. presenta invece all'Accademia un campione di bromo liquido italiano ed un campione di bromuro di sodio, estratti durante lo scorso inverno tilio Tavani, direttore delle RR. Saline di Corneto. Tarquinia; ed esprime la sua gratitudine oltrechè allo spett. Ministero delle Finanze, che concesse di eseguire le esperienze anche all'Ill.mo sig. ing. Attilio Tavani, direttore delle RR. Saline di Corneto, per avere in tutti i modi coadiuvato col consiglio e coll'opera il compimento del lavoro. L'O. presenta le fotografie del piccolo impianto di esperimento dandone la descrizione, e fa seguito con un progetto di massima da seguire per un impianto di estrazione di bromo dalle acque madri delle Saline durante la guerra.

C. BONACINI
Segretario di Sezione.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'epilessia traumatica.

È molto diffuso, osserva Berger (*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1916, num. 22), il concetto che la epilessia traumatica sia essenzialmente corticale, dipenda cioè da una eccitazione da parte di una scheggia ossea, di un corpo estraneo, di un focolaio emorragico, di una cicatrice sulla zona rolandica. Vero è che l'epilessia può seguire, e con molta frequenza, a tutte le lesioni cerebrali, anche quando non abbiano dato in primo tempo fenomeni commotivi, e dovunque localizzate.

Tutti gli individui con gravi lesioni cerebrali guarite lamentano per molto tempo, e talora per sempre, alcuni disturbi quali cefalea, afflusso di sangue alla testa, scarsa resistenza all'alcool, ipersensibilità al calore solare ed agli sforzi corporei, fatti che sono spesso accompagnati da un certo torpore mentale e ad irritabilità. Questi sintomi che in genere hanno una tendenza a recedere non costituiscono l'epilessia traumatica. Questa si ha soltanto quando si verificano i grandi accessi convulsivi o i così detti fenomeni epilettoidi, che sono più frequenti, meno noti e possono perciò più facilmente sfuggire alla osservazione o non essere convenientemente interpretati. Si notano fra essi: la cefalea intensa accessionale, la debolezza generale improvvisa e specialmente gli accessi di vertigine.

Gli accessi di vertigine di natura epilettica compaiono di regola dopo la guarigione apparentemente completa della lesione cerebrale nel pieno benessere, si verificano senza ragione dimostrabile e possono durare fino ad una mezz'ora. Sono talvolta accompagnati da nausea, vomito, sudorazione, bradicardia, rinorragia, enuresi e sono seguìte da un breve sonno. Se questi accessi accessionali di vertigine si verificano in un individuo che ha una cicatrice cerebrale e specialmente se insieme ad essi si hanno rapidi offuscamenti della coscienza si può essere sicuri che si tratta di una forma epilettica in sviluppo anche se non si sono ancora manifestati i classici accessi convulsivi.

Queste forme di epilessia sono generalmente aggravate ed affrettate nella loro evoluzione dagli strapazzi fisici, dai disagi, dalla tensione emotiva, mentre possono attenuarsi ed anche scomparire col riposo. Per questa ragione l'A. ritiene che i soldati che si trovino in queste condizioni non debbano mai più essere inviati al fronte. E ciò senza tener conto che questi individui per i disturbi cui vanno soggetti, vertigini seguìte da cadute, accessi di sonno e di astenia grave, come per gli eventuali disturbi psichici, accessi d'angoscia, impulsi, fughe, costituiscono un pericolo non solo per sè stessi ma anche per le unità di cui fanno parte.

DR.

Crisi di ipotermia come equivalente epilettico in un trapanato.

In un individuo che aveva subìto trapanazione del frontale ed esposto per retrazione della cicatrice ad una compressione delle circonvoluzioni cerebrali sottostanti, si sono verificati: 1° degli accessi epilettici jacksoniani, caratterizzati da violenti dolori e contrazioni spastiche del braccio destro; 2° dei periodi di ipotermia (temperatura rettale fino a 34°,2) di parecchi giorni, precedenti l'accesso sensitivo-motore o sostituendolo, quando la terapia bromica aveva attenuato o soppresso gli accessi.

L'ipotermia e l'epilessia sono scomparse quando un intervento operativo ha fatto scomparire la compressione dovuta alla cicatrice. Esse si sono svolte simultaneamente in dipendenza dell'eccitazione corticale a livello della breccia del frontale. L'ipotermia ha dunque avuto il valore di un equivalente epilettico.

(*Journ. of Am. med. Association*). FIL.

Enuresi congenita ed acquisita da lesioni spinali.

G. Spiller (*The american Journal of the medical sciences*, 1916, aprile), ricorda che l'enuresi può essere in rapporto a lesioni organiche congenite o acquisite quali la *mielodisplasia* e lo *stiramento della cauda equina*.

Sotto il nome di *mielodisplasia* Fuchs descrisse nel 1909 una speciale condizione caratterizzata da spina bifida occulta con imperfetto sviluppo delle parti inferiori del midollo, condizione i cui sintomi essenziali sono i seguenti:

1. Debolezza degli sfinteri e specialmente enuresi notturna persistente dopo la pubertà;
2. Sindactilia tra il 2° e 3° dito del piede, più raramente degli altri, di solito bilaterale;
3. Disturbi di sensibilità, specialmente di quella termica, con distribuzione a tipo non radicolare, per lo più limitata ai piedi o anche alle sole dita di essi;
4. Anomalie del canale sacrale rilevabili con l'esame radiologico;
5. Disturbi della reflessività tendinea e cutanea all'addome ed agli arti inferiori;

6. Deformità del piede (piede piatto, varo, valgo) con disturbi trofici e vasomotori nelle dita. Oltre a questi, altri sintomi sono stati descritti quali l'ipertricosi della regione sacrale, un lipoma alla regione coccigea, l'asimmetria della rima anale, la fovea coccigea.

L'A. riferisce al riguardo la storia di alcuni casi che confermano le osservazioni di Fuchs e di altri autori che si occuparono successivamente della quistione.

D'altra parte disturbi della minzione possono anche verificarsi in seguito allo stiramento delle radici sacrali inferiori in seguito alla eccessiva flessione del tronco sugli arti inferiori. In tale posizione le radici inferiori sono fortemente stirate e sono sempre maggiormente danneggiate in confronto di quelle situate superiormente. Al riguardo l'A. riferisce la storia di un operaio di 46 anni. Mentre questi lavorava in una miniera, un elevatore scese su di lui: per difendersi fu costretto a piegare fortemente il tronco sulle gambe ed in questa posizione dovette rimanere a lungo. Gli arti inferiori non rimasero paralizzati, tuttavia per qualche tempo ebbe bisogno dell'appoggio del bastone ed in capo ad un anno aveva ancora incontinenza di urina e di feci: il desiderio sessuale non mancava, ma non si aveva erezione ed emissione di sperma. I riflessi achillei erano aboliti, quelli patellari erano disuguali, il sinistro era alquanto esagerato. V'era accenno al fenomeno di Romberg. La sensibilità tattile e dolorifica attorno all'ano, al perineo ed agli arti inferiori era integra.

In un altro caso si trattava di un operaio che battè con l'addome in una balla di cotone nell'atto di sollevarla dal suolo. In seguito a ciò cominciò a soffrire di debolezza dello sfintere vescicale per modo che facendo qualsiasi sforzo anche leggero emetteva dell'urina. Questa incontinenza peggiorò gradualmente fino a che il paziente perdette completamente il controllo della propria vescica. Il desiderio sessuale non era indebolito, ma lo sgocciolamento dell'urina impediva il coito. Lo sfintere rettale era anch'esso, benchè in grado minore, indebolito. L'andatura e la stazione erano normali. Il paziente avvertiva negli arti inferiori una certa debolezza. Esisteva una lieve anestesia tattile e dolorifica alla porzione destra dello scroto, alla natica destra in vicinanza dell'ano ed in minore grado allo stesso lato del perineo. Anche la porzione destra del pene era meno sensibile. La sensibilità dei testicoli era normale. I riflessi patellari erano pronti, ma quelli achillei indeboliti. I fatti clinici deponevano per una lesione unilaterale delle radici sacrali inferiori. La stessa unilateralità faceva escludere una lesione del cono. La lesione delle radici doveva evidentemente attribuirsi ad uno stiramento delle medesime determinato dallo sforzo fatto a tronco piegato in avanti per sollevare la balla di cotone. DR.

La cefalea da puntura lombare.

L'uso oramai largo della puntura lombare a scopo diagnostico e terapeutico ha contribuito a far conoscere con maggiore precisione i caratteri della cefalea che suole seguire alla puntura stessa. Questa cefalea, osserva C. L. Dauv (*Journal American Medical Association*, 1917, n. 14) raramente si manifesta prima del giorno seguente alla puntura e precisamente quando il paziente si leva dal letto. Può però anche comparire subito dopo l'operazione come anche tre giorni dopo e ciò in rapporto all'attività del soggetto ed alle condizioni della circolazione del liquido cefalo-rachidiano. Il paziente soffrè di un dolore diffuso piuttosto grave alla fronte e qualche volta anche alla nuca sebbene meno intenso. Talora il dolore è anche più forte all'occipite. Può essere accompagnato da nausea, vomiti violenti, vertigini, confusione mentale e deliqui. Tali sintomi possono essere destati o peggiorati dai movimenti ed ordinariamente scompaiono rapidamente quando il paziente si mette a giacere, e quando più sta in tale posizione tanto meglio si sente. Possono anche essere presenti modificazioni del lume pupillare e della pressione del sangue. I disturbi durano con qualche remissione da cinque giorni a tre settimane ed anche più.

La cefalea con tutti i sintomi che l'accompagnano è più frequente quando la pressione del liquido cefalo-rachidiano è negativa o è bassa. Quando invece la pressione è alta come in casi di tumori, di poliomielite, di meningite, la puntura lombare calma o fa scomparire la cefalea preesistente.

La cefalea è più comune e più grave nei soggetti giovani ed a temperamento nervoso, nelle donne, negli anemici.

In ogni caso i disturbi sono tanto più leggeri quanto minore è la quantità del liquido estratto e quanto più lentamente avviene la fuoriuscita del liquido stesso.

In quanto al meccanismo patogenetico della cefalea l'A. ritiene che le modificazioni della pressione provocate dalla puntura e dalla fuoriuscita di liquido cefalo-rachidiano determinano una diminuzione di questo nella cavità cranica per modo che il cervello trovasi molto più a contatto delle ossa, donde un'irritazione delle fibre del trigemino e dell'occipitale. Questa

interpretazione sarebbe avvalorata dal fatto che la posizione orizzontale fa migliorare tutti i disturbi e che la cefalea si manifesta in genere dopo la puntura solo quando il paziente si leva dal letto. Bisogna però d'altra parte tener conto che il plesso coroidale è capace di ristabilire rapidamente l'equilibrio quantitativo del liquido cerebro-spinale, conviene quindi ammettere che la puntura lombare inibisca l'attività del detto plesso.

La cefalea può essere adunque evitata mantenendo a letto il paziente per due o tre giorni dopo la puntura, facendo defluire il liquido nella minore quantità possibile e praticando l'operazione molto lentamente. Una volta manifestatasi la cefalea si cura col ritorno nella posizione orizzontale ed eventualmente con compressione addominale mediante fasce o altri sistemi. Con tale pressione si determina un aumento della pressione sanguigna nell'estremità cefalica e si favorisce quindi la secrezione del liquido cefalo-rachidiano. DR.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(876) *Iniezioni gengivali per anestesia locale - Devitalizzazione della polpa dentale.* — Al dottor P. O. Barsanti da Montepulciano:

Le iniezioni gengivali per ottenere l'anestesia locale per infiltrazione, qualunque sia la sostanza adoperata, si praticano fra gli strati epiteliali della muccosa e il connettivo sottomuccoso, e precisamente nel sottile strato di tessuto sottoepiteliale; allora il colorito della muccosa impallidisce gradatamente e diventa bianco, formando un'area rotondeggiante, larga a un dipresso quanto una moneta da un centesimo, di cui la puntura è il centro. Se invece si approfondisce maggiormente l'ago nei tessuti, iniettando nel tessuto connettivo lasso il liquido anestetico, questo formerebbe saccoccia, il tessuto muccoso soprastante si solleverebbe a nocciola e non si otterrebbe l'infiltrazione desiderata dell'anestetico nei tessuti che si vogliono rendere insensibili.

Per poter asportare senza dolore la polpa radicolare ancora sensitiva la miglior pratica è di ripetere nella cavità polpale la medicazione arsenicale, anche per più volte, se è necessario, aspettando che i filamenti di polpa radicolare siano completamente insensibilizzati prima di asportarli. Se per ragioni speciali non si dispone del tempo necessario per questa prudente aspettativa, si può praticare l'anestesia cocainica per compressione, che generalmente dà buoni risultati, oppure l'anestesia gengivale, come si farebbe per un'estrazione dentaria.

A. CHIAVARO.

(877). L'Abbonato 955 chiede:

Quale cura può usarsi contro l'insonnia e contro la cefalea accessionale intensa in soggetti con manifestazioni o con sospetto di forma parasifilitica? Oltre una prescrizione sintomatica, potrebbe sperimentarsi il neosalvarsan anche se negativa la Wassermann?

Tutte le volte che non vi sono speciali controindicazioni (lesioni vasali, cardiache e renali) si può tentare il neo-salvarsan. Molti attribuiscono una particolare efficacia su queste forme nevralgiche, di origine o di natura sifilitica, al cianuro di mercurio per iniezioni ipodermiche.

V. MONTESANO.

(878). All'Abb. n. 8928:

Si è già risposto ad analoga domanda (al n. 804 di questa rubrica, fasc. 12, pag. 397).

L. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

I. BABINSKI e I. FROMENT. *Hystérie-pithiatisme et trouble nerveux d'ordre reflex.* Collection Horizon. L. 4. Editori Masson e C., Parigi.

In questo volume la nuova concezione dell'isteria, il pitiatismo, è ampiamente esposta e discussa. Il Babinski trova modo in questo libro consacrato alla neurologia di guerra di confermare ed ampliare le sue vedute sulla patogenesi dei fenomeni isterici.

Oltre a ciò il Babinski ed il Froment fanno una non meno ampia esposizione di quei disturbi nervosi, che secondo essi non possono essere classificati nè tra i fatti isterici, nè tra quelli dipendenti da lesioni organiche del sistema nervoso, i così detti disturbi fisiopatici o di origine riflessa.

Gli autori fanno una magistrale distinzione, dànno i criterî per la diagnosi differenziale tra fenomeni isterici, fisiopatici ed organici.

Le idee del Babinski e del Froment su questo argomento non hanno trovato il generale consenso dei neurologi, e gli autori nello stesso libro combattono brillantemente, se non sempre efficacemente, le opposizioni.

Nel complesso si tratta di un volume che desterà un grande interesse fra quanti sentono il bisogno di mantenersi al corrente dei progressi della scienza.

DR.

Dott. RENÉ LARGER. *Théorie de la contre-évolution ou dégénérescence par l'hérédité pathologique.* Un vol. in-8 di pag. 405. F. Allan, édit. Parigi. Prezzo L. 7.

In generale i biologi ritengono che la evoluzione si esplichi nella sola direzione buona, che porta un progresso nella successione, e, considerando l'organismo degli animali come perfettamente fisiologico, hanno stranamente confuso dei caratteri degenerativi con quelli normali. Uno studio dei fatti più approfondito dimostra invece che la serie di forme successive (*Formenreihe*), così cara agli Haeckeliani, non risponde alla realtà e che l'evoluzione, anzichè una catena ininterrotta di forme, deve considerarsi come un albero frondoso in cui, fra i molti rami collaterali, alcuni sono morti, altri sono incapaci di originare un ramo più elevato e sono destinati all'estinzione.

Accanto all'evoluzione, noi vediamo quindi svolgersi in certi gruppi, un processo che segue le stesse leggi della prima, ma che si sviluppa invece in senso contrario. Ad esso l'A. ha dato il nome di contro-evoluzione, che si esplica nel seguente modo. Le malattie dapprima acquisite, poi ereditarie, portano una diminuzione progressiva dei mezzi di difesa dell'organismo e mettono capo alla sterilità od all'estinzione degli individui e dei loro discendenti. Lo studio della paleopatologia generale comparata porta quindi a riconoscere che la causa più naturale dell'estinzione dei gruppi animali consiste non già nella lotta per la vita o nella selezione naturale, ma nella controevoluzione per degenerazione. Si possono così costituire alcune serie di forme controevolutive, p. es., nella trasformazione ittioide di alcuni gruppi come i rettili (ittiosauri) ed i mammiferi (cetacei), nell'uomo fossile di Neanderthal, ecc.; in queste forme le stigmate degenerative più evidenti sono il gigantismo e l'acromegalia. L'agente esecutivo più frequente in questi esseri degenerativi o troppo specializzati (uomo di Neanderthal, bovini molto selezionati) sarebbe la tubercolosi.

Tali sono i concetti principali che informano questo lavoro, ricco di osservazioni e di fatti nuovi, tratti dal campo della paleontologia come della morfologia e della patologia.

FIL.

VARIA.

I suicidi in Italia.

Le morti per suicidio sono in continuo aumento anche in Italia. Dall'*Annuario Statistico* del 1915, testè uscito, si desumono i dati seguenti per gli anni 1910-1914:

Anni	Maschi	Fem.	Totali	Sul milione abitanti	Femmine per cento suicidi
1910	2190	690	2880	84	24.0
1911	1939	815	2754	79	29.6
1912	2161	825	2986	85	27.6
1913	2276	831	3107	88	26.7
1914	2295	829	3187	89	28,0

Dalle statistiche comparate degli anni precedenti risulterebbe che la proporzione su un milione di abitanti è salita in meno di quarant'anni, cioè dal 1877 al 1914, dalla media di solo il 40.6 all'89, ossia è più che raddoppiata. Cresce anche il rapporto numerico del sesso femminile.

Cinque lire: l'associazione annua della Croce Rossa costa — lo sanno tutti — cinque lire. Sembra una somma piccola, minima; sembra che tutti debbano essere soci della Croce Rossa. Che cosa sono infatti cinque lire in confronto di ciò che una madre può dare alla Patria: suo figlio? Che cosa sono cinque lire in confronto di ciò che dà il soldato alla Patria: il suo sangue, la sua vita? Eppure, se manderemo cinque lire al nostro Comitato o al Comitato di Propaganda avremo fatto qualcosa anche noi in questa ora di gloria e di amore.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la ripresa degli studi universitari di medicina.

Il sen. prof. Edoardo Maragliano ha presentato alla presidenza del Senato la seguente interpellanza:

« Chiedo di interpellare il ministro della pubblica istruzione sugli intendimenti del Governo per l'istruzione degli studenti di medicina nell'imminente anno scolastico ».

Molti deputati medici e non medici hanno chiesto ai ministri della guerra e della pubblica istruzione che gli studenti di medicina soldati durante il prossimo anno scolastico non siano inviati alle Università Castrensi ma alle loro rispettive Università.

I ministri hanno riconosciuto giuste le osservazioni dei deputati ed hanno promesso il loro interessamento.

RIVISTA DI GIURISPRUDENZA SANITARIA.

Sospensione dalla carica del medico condotto sottoposto a procedimento penale.

Segnaliamo un importante parere recentemente emesso dalla Sezione 1ª del Consiglio di Stato in materia di sospensione del medico condotto e dell'ufficiale sanitario sottoposti a procedimento penale.

Come è noto, incorre di diritto nella sospensione con esonero temporaneo dal servizio l'ufficiale sanitario contro il quale sia stato spiccato mandato di cattura per imputazione di delitto.

La sospensione dura fino a che non intervenga ordinanza o sentenza della autorità giudiziaria che ponga fine al giudizio.

Il Consiglio di Stato ha ritenuto che tale precauzionale sospensione sia applicabile anche al medico condotto che si trovi, per una ragione qualsiasi, sottoposto a procedimento penale.

Però mentre per l'ufficiale sanitario il provvedimento trova base e legale fondamento nello articolo 94 del Regolamento sanitario, approvato con R. decreto del 19 luglio 1906, n. 466, pel medico condotto, in mancanza di speciali tassative disposizioni della legge e del regolamento sanitario, trova ragione, invece, nello articolo 106 del regolamento per la esecuzione della legge comunale e provinciale.

La sospensione che in somiglianti casi è comminata a carico di tali funzionarii è una sospensione *sui generis* in quanto che essa prescinde dalle formalità stabilite per quelle che costituiscono veri e proprî provvedimenti disciplinari. Mentre per l'applicazione di queste ultime occorre contestare allo interessato gli addebiti con atto formalmente notificato dal messo comunale ed assegnargli un termine perentorio per giustificarsi, per l'applicazione della prima basta, invece, il solo provvedimento di ufficio, giustificato dal fatto dello invocato procedimento penale.

Il medico condotto, sottoposto a procedura giudiziaria, non può nè deve essere inteso nelle sue discolpe perchè ben deve egli conoscere che dalla data della sentenza o dell'ordinanza di rinvio a giudizio ovvero dalla data della citazione del Pubblico Ministero a comparire in udienza o dalla data del mandato di cattura, resta indeterminatamente sospeso fino a giudizio definitivo.

Ciò per semplice misura precauzionale inspirata a ragioni di *ordine pubblico e di alta moralità non subordinata, per la sua stessa natura, nè a formalità preliminari nè a limiti di tempo.*

L'onorevole Consesso nel suaccennato parere dubita, però, che al Prefetto competa la facoltà di infliggere la sospensione al medico condotto per invocato procedimento penale in applicazione del precitato articolo 106 del Regolamento per la esecuzione della legge comunale e provinciale.

È vero che il Prefetto ha facoltà di infliggere punizioni disciplinari al personale sanitario dipendente dagli enti sottoposti alla sua giurisdizione nell'ambito della circoscrizione territoriale della Provincia e che tale facoltà egli esercita parallelamente e concorrentemente ad altra consimile attribuita agli enti medesimi, ma tale facoltà deriva da una esplicita disposizione, la quale non è riprodotta a riguardo delle sospensioni in cui si incorre di diritto per effetto del procedimento penale in corso.

È, pertanto, lecito ritenere che tali sospensioni debbono essere pronunziate esclusivamente dai Consigli deliberanti dei singoli enti presso cui il sanitario presta servizio.

Che se da parte di questi si rilevi oscitanza, indolenza o rifiuto di provvedere, non al Prefetto si deve ricorrere, ma bensì alla competente autorità tutoria.

Il Consiglio di Stato ha poi tassativamente dichiarato che tali sospensioni non possono mai riflettere il solo stipendio, ma debbono necessariamente comprendere lo stipendio e le funzioni giacchè in caso diverso sarebbe falsato ciò che costituisce il carattere essenziale del provvedimento che tende ad allontanare dall'ufficio chi trovasi sottoposto a procedimento penale e fino a quando questo non sia definito con definitiva condanna od assoluzione.

La sospensione dello stipendio, che accompagna quella dell'ufficio è misura affatto secondaria e subordinata, dovendo pur sempre prevalere su quelle di indole personale, le ragioni di carattere pubblico ed obbiettivo.

Dal suespresso parere, che porta la data del 1º aprile ultimo, si detraggono i seguenti principî:

1º Quando devesi applicare la sospensione per invocato giudizio penale non ricorre l'applicazione del disposto dello articolo 91 del Regolamento sa-

nitario secondo cui bisogna contestare gli addebiti e sentir le discolpe del sanitario;

2° Tale sospensione deve essere pronunziata unicamente dal Consiglio comunale e non può in essa, per qualsivoglia ragione, intervenire il Prefetto;

3° In caso di oscitanza o di rifiuto del Consiglio comunale a provvedere, deve all'azione di esso, essere sostituita quella della competente autorità tutoria;

4° La sospensione precauzionale in discorso non può essere limitata al solo stipendio, ma deve necessariamente essere estesa anche al servizio.

Dott. JUSTITIA.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7028) *Indennità caro-viveri.* — Dott. U. M. da O. — Per stabilire se compete il diritto alla indennità caro-viveri bisogna tenere solamente calcolo della somma che il sanitario riceve come stipendio dalla Amministrazione municipale, dello stipendio, cioè, che egli riceve per il servizio di cura e di assistenza della popolazione civile povera, inclusa in apposito elenco. Sono esclusi dal computo gli altri eventuali emolumenti che il sanitario stesso riceva per altro titolo di prestazione. Al massimo si potrebbe sostenere nel caso esposto che l'indennità debba essere ripartita a carico del Comune e dei Comuni del Mandamento pel carcere, ma negarla non si può, per ovvie ragioni di diritto e di equità. Ella, percependo lo stipendio di lire 4000 aumentato di altre lire 400 pel conseguito sessennio, ha diritto alla indennità in parola.

(7029) *Pensione.* — Dott. V. G. da C. — Avendo aderito alla Cassa pensioni sin dalla sua istituzione ha diritto al riconoscimento gratuito dei cinque anni di servizio prestati prima del 1899. Così essendo, ella nel 1918 conterà 25 anni di servizio e 48 anni di età e potrà fin da allora liquidare l'annua pensione di lire 764. Ottenendo la nomina ad ufficiale sanitario può rimanere ancora inscritto alla Cassa. Se, però, fosse nominato interino in altra condotta, non guadagnerebbe nulla, perchè gl' anni di interinato, mentre sono calcolati per lo acquisto del diritto alla pensione, che ella otterrà nell'anno prossimo egualmente, non sono valutati nella determinazione dello ammontare della medesima.

(7031) *Esercizio cumulativo della medicina e della veterinaria.* — Dott. A. P. da Z. di G. — La legge sanitaria non vieta, anzi consente, a chi è provveduto di due lauree, l'esercizio cumulativo di due rami dell'arte salutare, specie, la medicina e la veterinaria, esclusa, però, in ogni caso la farmacia. Quantunque non esista incompatibilità, non si potrebbe utilmente ricorrere contro l'atto del Comune che non approvasse la nomina del medico condotto a veterinario municipale, giacchè il divieto potrebbe essere messo per ragione di opportunità, ritenendo che al professionista mancasse il tempo ed il modo di esercitare con eguale zelo ed interessamento la duplice funzione. Bisogna, insomma, notare che non si ha *il diritto* alla nomina ma solo *possibilità*.

(7032) *Esonero dal servizio militare pei medici condotti.* — Dott. A. L. da Z. di G. — Il medico condotto unico di un Comune, ancorchè di terza categoria ed indispensabile, deve prestar servizio nell'esercito mobilitato se appartiene alla classe 1884 e seguenti. Ciò in base al D. L. del 12 novembre 1916, n. 1529. Il preannunziato nuovo decreto ministeriale sugli esoneri dei medici condotti non ha ancora visto la luce.

(7033) *Tariffa degli abbienti - Modifica.* — Dott. C. T. da B. — Dal momento che il capitolato, a suo tempo, da Lei liberamente accettato stabilisce la tariffa per le visite agli abbonati in lire 1.50 Ella non può riscuotere somma maggiore. Tenuto conto, però, delle eccezionali condizioni del momento attuale, sarebbe giustificata una modifica che il Consiglio comunale credesse apportare nel senso desiderato, cioè, di aumentare la tariffa stabilita. Qualora il Comune si rifiutasse, Ella non potrebbe ricorrere a nessuna autorità superiore perchè si tratterebbe nel caso di un atto facoltativo insindacabile nel merito e perchè osterebbe, in ogni caso, il capitolato vigente, che forma legge fra le parti.

Doctor JUSTITIA.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valore militare per la campagna di di guerra 1915-1916.

MEDAGLIA DI BRONZO.

Pesce Manfredo, da Roma, tenente medico reggimento artiglieria campagna. — Si tratteneva col proprio maggiore in una baracca minacciata dal grave ed imminente pericolo di una valanga, per assistere alla discesa del personale del gruppo, e, quando finalmente stava per allontanarsene, fu travolto dalla valanga, rimanendo così vittima della propria abnegazione e del suo alto senso di disciplina. — Tabia Lobia, 9 marzo 1916.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Capelli Pietro, da Pombia (Novara), capitano medico complemento sezione sanità. — Comandante di un reparto someggiato di sanità, in zona battuta da fuoco di artiglieria, che distrusse tre successivi posti di medicazione causando perdite fra i feriti e nel personale di sanità, riuscì, col suo coraggio personale e con la sua eccezionale calma ed attività, a tener alto il morale dei soldati e a far funzionare la sezione anche sotto il fuoco nemico. Impavido e sereno, non trascurò le cure ai moltissimi feriti che affluivano alla sezione, facendone sgombrare, sempre sotto il fuoco, varie centinaia: esempio a tutti di ardimento nel compimento del dovere, nel quale continuò instancabile anche dopo essere stato ferito al braccio sinistro dallo scoppio di uno shrapnel avversario. In una successiva circostanza dava prova di mirabile forza d'animo, perchè, ferito, continuava a provvedere al funzionamento del servizio sanitario. — Magnaboschi, 3-6 giugno - Seghe Pedescale, 1° luglio 1916.

NOTIZIE DIVERSE

Per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Il 19 corrente, presieduta dal Senatore Perla, si è riunita per la prima volta la commissione nominata dal Ministro dell'Industria, Commercio e Lavoro per lo studio d'un progetto di legge per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie. Essa è composta di 42 membri, scelti fra deputati, senatori, cultori della previdenza e della medicina sociale, e funzionari dello Stato. Ne fanno parte i seguenti medici: prof. Vittorio Ascoli, on. prof. Vincenzo Bianchi, prof. Luigi Devoto; senatore prof. Francesco Durante; senatore prof. Marchiafava Ettore; prof. Gaetano Pieraccini; on. prof. Michele Pietravalle; prof. Alberto Lutrario, direttore generale della Sanità Pubblica; prof. Giovanni Loriga, ispettore medico capo del Lavoro; prof. Gugliemo Fabbri, capo del servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato.

Congresso di Medicina Interna.

Il Congresso indetto dalla Società di Medicina Interna, di cui già si è accennato nel numero scorso, si terrà a Verona dal 29 al 31 del corrente mese. Verranno in esso trattati importanti argomenti di medicina militare.

Gli aspiranti dentisti nell'esercito.

In virtù di un nuovo decreto luogotenenziale è istituita una speciale categoria di aspiranti dentisti, la quale nella progressione della gerarchia sarà compresa fra i sottufficiali e gli ufficiali. Ad essi sarà fatto il trattamento previsto dalle leggi sullo stato degli ufficiali.

Possono esservi nominati i militari di età non superiore ai 46 anni, che siano abilitati all'esercizio dell'odontojatria. Il loro numero non potrà superare i seicento.

Nuovo sanatorio per tubercolotici.

Il Consiglio provinciale di Verona ha deciso di contrarre un mutuo di 200,000 lire per iniziare la istituzione di un Sanatorio per tubercolotici.

L'assistenza ai soldati riformati per tubercolosi.

Si è costituita a Padova una Commissione provinciale di assistenza ai riformati per tubercolosi, la quale provvede alla loro ospedalizzazione e mira a purificare le abitazioni ed a difendere i sani, sopratutto i fanciulli.

La scarsità del latte in Francia.

Per limitare il consumo del latte, ne viene ora proibita la vendita dopo le 9 del mattino, negli spacci aperti al pubblico, facendo solamente eccezione per i ristoranti nelle stazioni ferroviarie.

Per lo studio delle psicopatie.

Il defunto dott. Valentin Magnan, già presidente dell'Accademia di Medicina di Parigi, ha legato a questo Ente la somma di 25.000 franchi, i cui interessi verranno destinati alla istituzione di premi triennali da assegnare agli autori delle migliori opere sopra soggetti di psicopatologia.

Beneficenza.

Il sac. Camillo Annovazzi, residente ad Abbiategrasso, ha donato all'Ospedale Ciceri detto Fatebenesorelle, di Milano, la somma capitale di L. 28 mila per l'istituzione di un letto per malate acute sotto il titolo «*Fondazione Annovazzi Francesca maritata Bernacchi*», col diritto di patronato nel signor Giuseppe Bernacchi e suoi successori residenti in Milano, limitatamente però al periodo annuo di giornate di degenza che sul reddito netto della somma capitale suddetta in relazione al costo effettivo della degenza, verrà di anno in anno determinato dal Consiglio d'amministrazione del suddetto ospedale.

Il Consiglio ospitaliero ha accettato colla riserva della autorizzazione di legge tale donazione, che segnala alla pubblica benemerenza.

Per l'utilizzazione della castagna d'India.

Le autorità francesi hanno stabilito di favorire il raccolto delle castagne d'India, ricompensando i contadini in ragione di 15 centesimi al chilogramma, di cui 8 centesimi saranno destinati al raccoglitore, 5 a coloro che ne raduneranno grandi quantità e 2 allo speditore. Le quantità raccolte saranno così convogliate alle distillerie che ne ricaveranno alcool e acetone risparmiando così altri cereali.

Anche in Italia si è iniziato lo sfruttamento del frutto d'ippocastani; a Milano si è costituita all'uopo una società.

Segnaliamo la perdita dell'ing. FRED. W. TAYLOR, nato nel 1856 negli Stati Uniti d'America, ove ha organizzato il lavoro industriale sui principii della fisiopsicologia e dell'igiene, allo scopo di ottenere il massimo rendimento col minimo consumo di energia muscolare e neuro-psichica; ha anche tentato di applicare il lavoro quale mezzo terapeutico nelle neuro-psicosi.

Rassegna della stampa medica.

Riv. Ospedal., 16-31 dic. SFORZA: Pensiamo ai «feriti della tubercolosi». BACCARANI: Sopra alcuni aspetti della meningite cerebro-spinale da meningococco. FORNI: Avvelenamento acuto da acido picrico. BINI: Infezione malarica con esantema.

La Prensa Méd. Argentina, 30 dic. KRAUS e BELTRAMI: Il siero anticarbonchioso. IRIBARNE e CARELLI: La Roentgenterapia delle metropatie emorragiche. 10 genn. CASTANO: La puntura esploratrice vaginale.

Rev. Méd. del Uruguay, dic. DUPRAT: Varicelle anormali.

Giorn. di Med. Milit., 31 dic. LUSTIG: Sui metodi per saggiare l'attività dei vaccini (antitifici, anticolerici). GRADENIGO: Malattie dell'orecchio, naso, faringe e laringe tra i militari. LERDA: Fratture di guerre degli arti. CIUFFINI: Contratture isteriche generali. 31 genn. TIZZONI e DE ANGELIS: Ricerche microscopiche sui congelati. PIERUCCI: Una cura della sciatica.

Arch. di Farmac. sperim. e Sc. aff., 1 genn. BILANCIONI: Alterazioni anatomiche delle vie aeree e delle prime vie digerenti da « gas asfisssianti ». 15 genn. BAGLIONI: I processi termici del sistema nervoso.

Arch. d. Mal. du Cœur ecc.. genn. VAQUEZ: Forme cliniche degli accidenti pleuro-polmonari nei cardiaci.

Riv. Ospedal., 15-31 genn. TUSINI: I corsi di medicina e chirurgia in zona di guerra.

Gazz. d. Osped. e d. Clin., 25 genn. FITTIPALDI: Metodo rapido per il riconoscimento dei corpi acetonici nell'orina. 28 genn. SAMAJA: Paralisi del ricorrente sinistro per ferita d'arma da fuoco nel torace.

Bull. de l'Ac. de Méd., 30 genn. VINCENT: Ferite di guerra; profilassi delle infezioni (discuss.) ETIENNE: Epidemia militare di mieliti acute.

The Boston Med. a. Surg. Journal, 8 genn. SMITH: L'innocuità nelle operazioni chirurgiche. WHITE: Limitazioni nell'esame roentgenologico del tratto intestinale. 25 genn. YOUNG: Le cause delle riammissioni degli ospedalizzati.

Medical Record, 20 genn. HUDSON: I veleni dell'industria degli esplosivi. BRODSKY: Le psicosi sintomatiche.

Paris Méd., 3 febb. Numero sulle malattie dei bambini.

The British Med. Journal, 3 febb. BOND: Influenza degli antisettici sull'attività dei leucociti e sulla guarigione delle ferite.

La Rif. Med., 3 febb. Sulla meningite cerebro-spinale epidemica. FERRANNINI: Sincinesie e riflessi associati.

Edinb. Med. Journal, febb. MAGEE: Un confronto tra antisettici. FRASER: Ferite di guerra dell'orecchio.

Paris Méd. 10 febb. IMBERT e RÉAL: La costrizione delle mascelle da ferite di guerra. TIXIER: Come il pratico deve misurare la tensione arteriosa.

Il fascicolo 10 (15 ottobre 1917) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Dott. LIVIO LOSIO - *Splenectomia ed omentofissazione per splenomegalia primitiva con cirrosi epatica in periodo ascitico.*

II Dott. GIAN LUIGI PETRILLI - *Contributo clinico sulle ferite di guerra del ginocchio.*

III. Prof. GIOVANNI RAZZABONI - *Ricerche sperimentali sull'autoplastica esofagea per mezzo del trapianto di lembi liberi muscolo-aponeurotico-peritoneali.*

IV. Prof. IGNAZIO SCALONE - *Note su alcuni casi di edema maligno, non gassoso.*

Il fascicolo 11 (1° novembre 1917) della nostra SEZIONE MEDICA conterrà i seguenti lavori:

I. Prof. ANTONIO GASBARRINI - *Sull'etiologia di alcune diarree dissenteriformi fra le truppe combattenti.*

II. Prof. N. PENDE - *Modificazioni del cardiogramma elettrico, per aumento del lavoro del cuore.*

III. Dott. GIOV. BASILE - *Altro contributo sulla natura ipofisaria della sindrome psichica descritta da Citelli.*

IV. Dott. LEONARDO MANFREDI - *Su di un caso di empiema diplococcico perforato precocemente nel polmone.*

Indice alfabetico per materie.

Assicurazione contro le malattie . . . *Pag.* 1319
Cefalea da puntura lombare . . . . . » 1322
Cefalea in sifilitico: cura col neosalvarsan . . . . » 1323
Enuresi da lesioni spinali . . . . . » 1321
Epilessia traumatica . . . . » 1321
Fratture esposte del femore: trattamento . . . . » 1305
Gengive: anestesia locale . . . . . . » 1323
Ipotermia come equivalente epilettico . » 1321
Medico condotto: sospensione in seguito a procedimento penale . . . . . . » 1325
Nefrite acuta: con reperto di spirocheta nelle urine . . . . *Pag.* 1314
Nervi periferici: Studio delle lesioni . . » 1320
Otite media catarrale cronica: cura . . » 1315
Statica e deambulazione: disordini della — in una speciale forma morbosa con oftalmoplegia totale bilaterale subacuta . . . . » 1311
Studii universitarî di medicina . . . . » 1325
Suicidi in Italia . . . . » 1324

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, *resp.*
(24)

Anno XXIV. *Roma, 4 novembre 1917* Fasc. 45.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

Lavori originali: N. Pende: Le ipodermoclisi di dosi generose di chinino in soluzione fisiologica adrenalinizzata, quale metodo elettivo di cura della malaria nei combattenti. — **Questioni del giorno:** D. Silvestrini: Ancora sul trattamento delle ferite infette. — **Medicina sociale:** M. Flamini: Lo Stato e la tutela dell'infanzia. (Scozia ed Italia). — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Società Medico-chirurgica di Modena. — Convegno medico idro-climatico, a Salsomaggiore.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: Sulla decalcificazione nei traumatismi di guerra. — Le complicazioni pleuro-pulmonari nelle ferite dei centri nervosi. — TERAPIA: Il trattamento dei tumori maligni con i raggi X. — Arresto di un tumore maligno intracranico sotto i raggi X. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.** — **Varia:** G. Bilancioni: L'inventore dell'obbiettivo a immersione.

Nella vita professionale: Ancora sulla questione delle levatrici. — Cronaca del movimento professionale. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Albo d'oro.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

Le ipodermoclisi di dosi generose di chinino in soluzione fisiologica adrenalinizzata, quale metodo elettivo di cura della malaria nei combattenti.

Prof. N. PENDE

Docente ed aiuto nell'Università di Palermo, maggiore medico Direttore dell'ospedale militare Orfanotrofio di Padova.

Che il metodo, che noi qui proponiamo, e del quale abbiamo fatto ormai larga e sicura esperienza, sia ancora assai poco noto ed usato, lo dimostra il fatto, che neanche nel ricchissimo e moderno trattato sulla malaria del prof. V. Ascoli, non ne abbiamo trovato alcun cenno. Io son ricorso al metodo che sto per descrivere, da circa dieci anni, mentre prestavo servizio nel reparto Maggiorani dell'Ospedale di San Giovanni di Roma, reparto diretto dall'illustre malariologo prof. A. Bignami. Di poi ho visto che qualche autore, soprattutto in Francia, ha raccomandato lo stesso procedimento, ma limitatamente a casi di malaria perniciosa.

Mi propongo ora di far noto come, nella malaria primitiva ed anche in quella recidiva dei combattenti, qualunque sia la gravità della forma clinica, il metodo che illustrerò è veramente, secondo l'esperienza da me fatta fin dal

principio della guerra, un metodo di scelta, rapido, sicuro ed economico al tempo stesso. Che l'infezione malarica assuma, nel nostro esercito, un carattere ribelle alle cure, e non di rado maligno e letale, è un fatto il quale non è oramai più da mettere in dubbio. Nell'articolo da me pubblicato, lo scorso aprile, sul *Policlinico*, sez. pratica, n. 21, 1917, su questo argomento, articolo che ha trovato consenzienti parecchi autorevoli colleghi (Taussig, *Policlinico*, sez. pratica, n. 24, 1917; Cesa Bianchi, *Comunicaz. alla Società lombarda di scienze*, 2 giugno 1917; Marchiafava, *Comunicazione epistolare*), io ho messo in rilievo, oltre al fatto doloroso su accennato, e che si verifica pure in altri eserciti, come l'esercito francese d'Oriente, anche le cause probabili del fatto medesimo: e mi permettevo di sottoporre al giudizio delle intelligenti e previdenti Autorità sanitarie militari alcune proposte generali, aventi lo scopo di limitare i gravi danni portati dal flagello della malaria al nostro esercito. Tra le cause, per cui l'infezione, nei combattenti, assume, quasi di regola, la forma ostinatamente recidivante, col fatale passaggio alla cronicità, e con la conseguenza inevitabile della sottrazione prolungata o definitiva del soldato dal servizio di guerra, dopo un costante avvicendarsi di periodi di degenze ospedaliere e di licenze di convalescenza, io incolpavo in primo luogo il fatto, che i soggetti, colpiti dall'infezione, il più delle volte eran curati tardivamente ed insufficientemente, *senza metodo*: per cui si dava tempo alla formazione, nell'organismo infetto, di forme parassitarie chininoresistenti, responsabili poi delle interminabili recidive.

E d'altra parte incolpavo il fatto che il soldato malarico, una volta arrivato negli ospedali delle retrovie, non veniva quasi mai a trovarsi nelle condizioni climatiche, dietetiche, igieniche più adatte per potere arricchire la propria resistenza organica, le proprie difese naturali contro la insidiosa ostinata infezione, resistenza organica che, nella lotta a fondo contro la medesima, sappiamo tutti avere tanta e forse maggiore valore che lo stesso chinino.

Ed infine, nello stesso suddetto articolo, io constatavo che il metodo di profilassi chininica, com'è finora usato, se risponde bene in tempi di pace, non sembra gran che efficace in soggetti esposti a tutti i disagi della vita di guerra: che altrimenti noi non vedremmo oggi pullulare di malarici (senza tener conto dei numerosi *portatori* ignorati) i nostri ospedali militari, massime quelli che accolgono i reduci dal principale nostro fronte, quello dell'Isonzo, ed i reduci dall'Albania, dalla Macedonia e dalla Libia.

In base ai concetti esposti, io ho propugnato come misura terapeutica fondamentale l'*isolamento più che possibile precoce dei soldati colpiti da malaria in speciali ospedali antimalarici, collocati in clima salubre, e dove possano essere precocemente ed esaurientemente e con criteri scientifici, primo fra tutti lo studio dei malati con il sussidio del microscopio, essere applicate tutte le norme terapeutiche sancite dall'esperienza secolare, ed in prima linea la cura del clima e della resistenza organica; ospedali da cui il malarico sia dimesso non a febbre interrotta da un numero maggiore o minore di giorni, ma solo dopo che ripetute ricerche abbiano accertato la persistente assenza del parassita dal circolo, ed eliminato per lo meno il pericolo recidive a breve scadenza; ospedali da cui il soggetto esca insomma in condizioni tali da potere senz'altro riprendere il proprio servizio attivo, senza bisogno di inutili e dannose licenze di convalescenza.*

Intanto, in attesa che l'istituzione di questi ospedali specializzati permetta l'attuazione di una terapia così pronta, radicale, completa, definitiva, la quale è poi, come è noto, anche uno dei requisiti essenziali per la profilassi sociale della malaria, noi crediamo utile di far conoscere quali modificazioni l'esperienza della passata e della presente epidemia malarica, osservata nel nostro esercito, ci ha dimostrate necessarie nell'applicazione del rimedio specifico ed alla portata di tutti, il chinino.

Come abbiamo già accennato, molti medici militari hanno rilevato che questo prezioso e sovrano medicamento, se somministrato, nella malaria dei combattenti, con il metodo ed alle dosi usuali, non sembra agire, nella maggioranza dei casi almeno, come ci aspetteremmo di vedere; o per lo meno agisce assai tardivamente ed incompletamente, così da dar tempo alla febbre di recidivare numerose volte, e determinare così nell'organismo danni non indifferenti nè presto riparabili.

Alcuni AA., per es. Abrami, Gutman, che hanno incontrato le stesse difficoltà nel curare soldati francesi malarici reduci dalla Macedonia, credono che sia quistione di dose; che basti elevare le comuni dosi, consigliate dai trattatisti, fino a 2 o 3 grammi al giorno, per ottenere dei successi: e continuare poi la somministrazione di queste forti dosi per molto tempo. La via di somministrazione, in tal caso, sarebbe indifferente (Gutman). Io potrei però portare numerosi esempi di malati che han preso, sotto il controllo più severo, 2 e 3 grammi al giorno di chinino, per bocca, e per

un mese di seguito, senza che la febbre sia cessata del tutto, o senza che si sia potuto impedire il fatto che, appena sospeso il medicamento, la febbre sia ricomparsa ostinata. Eppure mancavano in tali soggetti disturbi gastrointestinali evidenti. E neanche iniezioni sottocutanee od endomuscolari di 1 grammo al giorno di chinino bicloridrato, hanno potuto, in parecchi casi, trionfare dell'infezione, sebbene ripetute per 20-30 giorni (un cappellano militare reduce dall'Albania ne aveva ricevuto 60 iniezioni, due al giorno, senza un decisivo vantaggio!). Si comprende d'altronde come le quantità colossali di chinino così introdotte nell'organismo non debbano essere affatto innocue (pur trascurando la spesa che, dato il numero grande di malarici, non è neppure indifferente): e poichè d'altra parte il parassita, o meglio certe forme di esso sembrano poco sensibili al rimedio così somministrato, s'impone la necessità di ricercare un metodo veramente efficace e rapido di applicazione del prezioso alcaloide. Alcuni medici militari, per es. Richet, Griffin, Roux, Cesa Bianchi, in questi casi ribelli si sono rivolti alle ripetute iniezioni endovenose; ed il Cesa Bianchi scrive recentemente di aver ottenuto brillanti risultati e la guarigione durevole, dopo 12-20 iniezione endovenose quotidiane di chinino. Ciò dimostra che il metodo d'applicazione del medicamento specifico ha una grande importanza nella lotta contro l'emosporidio, analogamente a quanto si verifica per altre infezioni protozoarie, per es. per la sifilide. Se non che, dal punto di vista pratico, il metodo delle iniezioni endovenose non può essere generalizzato, perchè non è un metodo veramente alla portata di tutti, massime nella pratica medica castrense; e d'altronde anche il numero notevole di iniezioni endovenose che si richiedono per uno stesso soggetto, rende il metodo non facilmente nè sempre applicabile a tutti i casi, e non del tutto scevro da pericoli o da inconvenienti di tecnica. È perciò che io propongo un metodo di cura, il quale nulla ha da invidiare all'endovenoso, per rapidità e sicurezza d'azione; e che ha il vantaggio su quello di potere rapidamente introdurre in circolo una più forte quantità di chinino, senza alcun pericolo, allo scopo di tentare, con poche e forti cariche del medicamento, una *vera therapia sterilisans magna*, di paralizzare cioè più che è possibile la vitalità anche delle forme parassitarie più resistenti e più trincerate nella profondità dei visceri; metodo che è molto meno doloroso delle comuni iniezioni ipodermiche, scevro d'inconvenienti immediati o postumi, di facile esecuzione ed alla portata di tutti; e che richiede solo un numero limitato d'iniezioni, permettendo così di risparmiare una notevole quantità di chinino.

Il metodo che noi raccomandiamo al giudizio pratico dei colleghi consiste in *ipodermoclisi, ripetute a periodo fisso di 5-6 giorni, e per 4-5 volte, di 250 grammi di soluzione fisiologica clorosodica, a cui si aggiunge 2 grammi di bicloridrato di chinino* (1), *equivalenti a gr. 1,64 di alcaloide, e ½ cm³ di soluzione commerciale d'adrenalina al millesimo (½ milligr. d'adrenalina)*. La tecnica è semplicissima.

Noi usiamo le comuni ampolle di sierofisiologico sterile da 250 gr., di cui tutte le farmacie militari sono provviste. Si riscalda l'ampolla a bagnomaria fino alla temperatura del corpo; a parte si fa bollire un tubo di gomma di un metro e mezzo circa di lunghezza e di calibro adatto a potersi innestare all'estremo affilato rettilineo dell'ampolla del siero; si tengono pronti, bolliti in precedenza, l'ago da ipodermoclisi ed una siringa di Pravatz. Ciò fatto, si rompe con un colpo di forbici la punta dell'estremo rettilineo dell'ampolla, ci s'innesta il tubo di gomma, si capovolge l'ampolla, tenendo chiuso colle dita il tubo, si seziona con un colpo di lima o di forbici l'altro estremo piegato ad S, e di qui colla siringa di Pravatz sterile, s'introduce nella soluzione fisiologica il contenuto di 4 fialette di bicloridrato di chinino da 0,50, e poi, colla stessa siringa, ½ cm³ della soluzione commerciale d'adrenalina. Innestato l'ago al tubo, tutto è pronto per l'ipodermoclisi. La regione, in cui questa riesce perfettamente tollerata, secondo una larga esperienza da me fatta, è la regione anteroesterna della coscia, sulla linea di prolungamento della spina iliaca anteriore superiore, all'unione del 3° superiore col 3° medio, dove la cute si solleva in grosse pliche.

Dopo aver lavato due volte con alcool denaturato, s'insinua tutto l'ago sotto una grossa piega longitudinale della cute, dirigendolo verso l'alto e badando di scivolare a ridosso dell'aponeurosi. Si fa tenere da un aiutante o da un malato convalescente l'ampolla ad altezza d'uomo. Il liquido penetra e distende più o meno lentamente la cute, secondo i soggetti, senza provocare la menoma sensazione dolorosa (all'infuori di quella prodotta dalla puntura, e della prima impressione di paura provata dal malato): in 10-20 minuti al massimo, tutto il liquido è penetrato: se l'introduzione avvie-

(1) Il bicloridrato è quello fornito in fiale da 1 cm³ dalle farmacie militari: i suoi vantaggi rispetto al cloridrato, quando si tratta di adoperare soluzioni diluite, è stato rilevato recentemente anche da Jeanselme e Manaud.

ne lentamente, basta imprimere all'ago qualche leggero spostamento in senso longitudinale. Si estrae l'ago prima che sia vuotato di liquido tutto il tubo di gomma, per impedire l'ingresso dell'aria sotto la pelle.

Si chiude il piccolo foro cutaneo con del colladion, e si colloca un paio di giri di fascia. Non si pratica, nè durante nè dopo l'ipodermoclisi, alcun massaggio sulla bozza formatasi.

È incredibile la tolleranza locale che i malati mostrano per queste infusioni sottocutanee contenenti così forti dosi di chinino; il che si spiega, da un lato per la grande diluzione dell'alcaloide, dall'altro forse anche per l'azione anestetizzante che deve esercitare l'adrenalina. Un fatto è certo, che queste ipodermoclisi sono assai meglio sopportate che le abituali iniezioni ipodermiche o endomuscolari, con le quali d'altronde non è possibile introdurre, in una sola volta, più di ½-1 grammo di bicloridrato di chinino. Mai non abbiamo osservato finora escare od ascessi consecutivi. E quanto a fenomeni generali, all'infuori di qualche raro conato di vomito e di un po' di tremore (da adrenalina) o di lieve cefalea, non abbiamo mai lamentato alcun inconveniente. Dobbiamo notare come in alcuni casi, nelle ore che seguono l'ipodermoclisi, si verifica un accesso febbrile piuttosto elevato (è stato già osservato che il chinino è capace di esteriorizzare anche una malaria latente). L'assorbimento del rimedio è rapidissimo: già dopo un'ora la reazione del chinino nell'urina è evidentissima (un metodo assai facile per svelarlo è il reattivo di Tanret). L'eliminazione dell'alcaloide per le urine, dopo ogni ipodermoclisi, dura poi per parecchi giorni: il che lascia supporre che esso continui, per parecchi giorni, a circolare col sangue, e forse più a lungo permane negli organi interni, che albergano i parassiti.

Tanto in casi di malaria di prima invasione che di recidive della febbre, noi ci regoliamo in questo modo. *Pratichiamo, in primo tempo, e se è possibile 6-7 ore prima dell'inizio dell'accesso, una ipodermoclisi, seguita da una 2ª, a distanza di 15-24 ore, nei casi gravi anche a distanza di 12 ore. Così introduciamo, nello spazio di 15-24 ore, circa tre grammi d'alcaloide nel circolo, che è la dose massima ammessa dai trattatisti, per le 24 ore. Poi teniamo il paziente senza chinino per 5-6 giorni: al 5°-6° giorno terza ipodermoclisi, e dopo altri 5-6 giorni, una quarta, sempre con la stessa dose di 2 gr. di bicloridrato (gr. 1,60 d'alcaloide).*

A cominciare da una settimana dopo la 4ª ipodermoclisi, cominciamo poi a somministrare chinino per bocca, alla dose di 2-3 gr. al giorno (in 6-9 carte) e per due giorni di seguito, secondo il metodo settimanale già noto di Sydenham e di Koch: prolungando questo trattamento per un paio di mesi, e sottoponendo intanto il malato, nei giorni intervallari, a cura arsenicale-ferruginosa (iniezioni d'arseniato di ferro).

Gli effetti della cura sono i seguenti: dopo le prime due ipodermoclisi, nella maggioranza dei casi, la febbre cade del tutto, alcune volte con una rapidità che impressiona in forme gravi, ribelli e resistenti a precedenti trattamenti di chinino per bocca o per iniezioni ipodermiche. Qualche volta si ha, nel giorno o nei due giorni successivi alla 2ª ipodermoclisi, un piccolo accesso, come abortivo, e poi l'apiressia completa. La ripresa delle forze è rapida, il ritorno dell'appetito ed il benessere generale si accentuano sempre più colle successive ipodermoclisi.

Durante il trattamento con le medesime, cioè durante il primo mese, solo eccezionalmente abbiamo visto finora riaffacciarsi la febbre, in forma di un accesso lieve e di breve durata. Nella grandissima maggioranza di casi, i malati han dimostrato, dopo la cura completa, durata circa tre mesi, una guarigione clinica perfetta. Le nostre osservazioni riguardano finora malarici primitivi e recidivi, sofferenti di febbri da 1-2 mesi: non possediamo osservazioni sull'azione del metodo nella malaria cronica.

Non dubitiamo che i risultati sarebbero anche migliori, e tali da ridurre forse al minimo la probabilità delle recidive, se il trattamento fosse applicato sempre ai primi accessi d'una malaria di prima invasione, prima cioè che si siano formati i gameti chinino-resistenti.

Controindicazioni all'applicazione di dosi così energiche di chinino, quando si tratta di soggetti senza alcuna malattia organica dell'apparato circolatorio o dei reni, non esistono. Mai nell'urina abbiamo visto comparire tracce d'albumina. L'aggiunta di adrenalina, che ora nella malaria è molto raccomandata soprattutto in Francia, serve a prevenire i fenomeni di collasso vasomotore, che potrebbero temersi da dosi forti dell'alcaloide, in soggetti particolarmente predisposti ai fenomeni di atonia vascolare.

Io credo che i buoni effetti da noi constatati si debbono, oltre che alla chinizzazione intensiva, per quanto innocua, anche all'azione benefica della soluzione fisiologica e dell'adrenalina.

Il concetto informatore del metodo è quello stesso che domina oramai nella terapia di al-

tre infezioni protozoarie, per esempio nella cura della sifilide colle iniezioni endovenose periodiche di salvarsan; somministrare cioè una quantità forte del rimedio specifico in forma tale che venga tollerata dall'organismo, che agisca anche sulle forme parassitarie più resistenti al rimedio, e che impedisca l'assuefazione dell'organismo e dei parassiti al rimedio stesso. A ciò si presta bene il metodo delle dosi generose e periodiche di chinino, in cui il periodo è stabilito in base alla conoscenza del ciclo abituale che seguono i parassiti malarici nei loro ritorni offensivi alla resistenza organica. Si sa che la febbre, troncata dal chinino, ritorna dopo un periodo, che quasi sempre cade o al 6°-7° giorno o all'11°-12° o al 20°-21°, ecc., cioè all'incirca a scadenze settenarie o multiple di sette. È logico pertanto caricare l'organismo di rimedio specifico nei momenti in cui si suppone che il parassita stia per riprendere il suo attacco: è quello che hanno validamente sostenuto i seguaci del *metodo settimanale*, metodo che l'Ascoli dichiara, in pratica, eccellente, e che noi facciamo con le ipodermoclisi a distanza di 5-6 giorni, nel primo mese di cura, e con le dosi settimanali di 2-3 gr. per due giorni successivi, per altri due mesi circa.

Oltre che un valore terapeutico, noi crediamo che nella pratica medica militare, in cui l'infezione malarica assume parvenze cliniche ed associazioni morbose ancora più varie e multiformi che nella pratica civile, questo metodo delle ipodermoclisi di forti dosi di chinino con adrenalina, possa avere anche un notevole valore diagnostico. Una febbre che non cede nel giorno o nei due giorni che seguono le prime due ipodermoclisi ravvicinate, difficilmente, secondo la nostra esperienza, è di natura malarica od esclusivamente malarica. D'altra parte, anche applicato ad infezioni che poi si dimostrano non essere di natura malarica, il metodo non solo non può essere dannoso, ma può anche essere giovevole, sia per l'azione ipotermizzante del chinino che per quella tonica dell'adrenalina e della soluzione clorosodica.

Nei casi dubbi dunque, e sopratutto negli ospedali da campo, in cui non sempre si ha tempo sufficiente per utilizzare i mezzi di accertamento diagnostico della malaria, piuttosto che aspettare parecchi giorni a curare energicamente e precocemente un soldato sospetto di questa infezione, io raccomanderei di praticargli, al più presto possibile, una chinizzazione intensiva con due ipodermoclisi chinino-adrenaliniche, a distanza di 15-24 ore, come abbiamo esposto. Esse rappresenteranno, per lo meno, un primo pronto soccorso, che forse faciliterà molto il compito terapeutico assai difficile dei colleghi che, nei vari numerosi altri ospedali, in cui il paziente sarà successivamente inviato, saranno chiamati a debellare definitivamente questa, che il Celli giustamente chiamava il tipo delle infezioni recidivanti. E ciò fino a quando non si sarà fatta strada il concetto che i soldati malarici vanno considerati con gli stessi criteri che oggi si applicano alla profilassi ed alla cura delle altre infezioni epidemiche e trasmissibili.

Settembre 1917.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Ancora sul trattamento delle ferite infette.

Dott. DOMENICO SILVESTRINI.

Nelle ampie discussioni in adunanze Mediche, o in pubblicazioni sui vari e più discussi argomenti della chirurgia di guerra, uno, a quanto mi consta, fu trascurato: *la netta distinzione, cioè, tra la cura agli Ospedaletti da Campo, e la cura agli Ospedali Territoriali.*

Concetto questo della massima importanza, per il quale talvolta, si possono seguire linee di condotta totalmente opposte (1).

Così ebbi a scrivere nel settembre 1916 in altra mia pubblicazione sulla cura *in generale* delle ferite d'arma da fuoco.

Il medesimo errore è stato ripetuto nella discussione relativa alla cura *in particolare* delle ferite infette di guerra, nella quale troppo si è teorizzato e generalizzato senza porre l'argomento sulle vere basi di discussione.

Ond'è che il Ruggi e discepoli, fautori della cura asettica a rado ricambio, consigliano detto metodo nella cura *in generale* delle ferite infette, portando a sostegno della loro tesi l'esperienza fatta nella Clinica di Bologna, a trecento chilometri dalla fronte, ed esponendo così a facile critica il suddetto metodo, che in certi casi non può essere che ottimo.

L. Silvestrini, dopo aver dichiarato di non occuparsi al momento della vessata questione, (di fronte alla quale si limita ad affermare come non convenga essere troppo assoluti nell'atteggiamento, nè troppo dogmatici nelle affermazioni, data la complessità e diversità del campo in cui noi siamo invitati a svolgere la nostra attività) fa un esame critico-scientifico del metodo di cura Ruggi, che dice rappresentare l'ala

---

(1) D. SILVESTRINI. *La diversità del trattamento*, ecc. Bologna, Stab. Poligrafici Riuniti, 1916. IDEM. *Gazzetta Medica Internazionale*, Napoli, 1916.

estrema di quella tendenza, che vuole affidata integralmente ed in modo esclusivo alle forze dell'organismo il compito della difesa contro l'invasione infettiva.

R. Gaultier sostenendo invece che ogni ferita in guerra è sempre infetta propone, come cura e profilassi delle gravi infezioni, la sterilizzazione chimica a mezzo di liquidi disinfettanti accuratamente scelti (fortemente bactericidi e poco citocidi); e questo sistema è sostenuto dal Carrel: e aggiunge anche che, tranne in un caso, le suppurazioni sono mancate durante i quattro mesi d'esperienza nell'ambulanza, nella quale egli prestava servizio, in virtù della cura preventiva col liquido di Dakin.

Uffoltz, che segue il metodo Carrel, afferma che l'uso diligente e precoce del liquido di Dakin basta a trasformare una ferita infetta in una praticamente asettica, ad allontanare la setticoemia, a far guarire in un tempo breve, che è uguale alla metà o ad un terzo del tempo necessario cogli altri metodi.

Come si vede la questione è trattata da tutti i suddetti Chirurghi in modo troppo assoluto ed incompleto.

Solo lo Schiassi recentemente trasporta la questione in un campo più reale e pratico facendo una distinzione preliminare di fondamentale importanza, cioè sul termine di tempo che passa dal momento traumatico alla visita del Chirurgo.

Egli, sostenendo per il primo tempo la cura antisettica, in un recente opuscolo, così scrive: « Forse potranno ammettersi divergenze sulla scelta degli antisettici, ma la necessità d'intervenire antisetticamente contro i germi, con giusta presunzione presenti in seno alla ferita, non non può altro che essere riconosciuta, poichè alla ragionevolezza dell'ipotesi corrisponde proprio nella pluralità dei casi il fatto che nelle prime ore dopo il ferimento, i germi si trovano ancora disseminati negli strati superficiali della lesione, vale a dire in condizioni di subire l'azione dei mezzi fisici e chimici che valgono a procurare la loro distruzione. Perciò il trattamento chirurgico prima nel senso di ampliare la ferita, regolarizzarla ed esporla in tutti i suoi recessi, liberarla dai corpi estranei in vari gradi infetti, metterla in condizioni da poter offrire subito un facile ed ampio accesso alle sostanze antisettiche, appare indubitabilmente l'*optimum* della cura immediata di queste ferite.

Mentre per il secondo tempo, quando cioè una più o meno grave infezione è in pieno sviluppo, ritenendo assolutamente inutile la chimiatria antisettica, sostiene la cura del bagno caldo col metodo, ch'egli chiama « Biologico » che agisce nel focolaio dall'interno verso l'esterno, dalla profondità verso la superficie (1).

Intanto credo opportuno premettere che, astraendo dalle ferite da pallottola di fucile o shrapnel a canale completo col foro di entrata pressochè uguale al foro d'uscita e senza lesione ossea, (che in maggioranza hanno, per concorde constatazione dei tecnici, decorso asettico), noi dobbiamo soffermarci su tutte le ferite da artiglieria (scheggie di shrapnel, granata, bombe a mano, ecc.) e sulle ferite da pallottola di fucile e shrapnel a fondo cieco o con lesione ossea, che concordemente sono state giudicate infette, sia per la lacerazione e distruzione di tessuti, sia per la ritenzione di uno o più proiettili irregolarmente puntuti, trasportanti con sè brandelli di vestito, terriccio od altri corpi estranei; sia per la ritenzione del proiettile di fucile o shrapnel.

E per meglio studiare e porre la questione nei veri termini vediamo in pratica quali problemi si presentano al chirurgo successivamente in ordine di tempo.

Data la rapidità dei mezzi di trasporto, specialmente nei luoghi non troppo montuosi, i feriti giungono agli Ospedali da Campo dopo cinque, sei o al massimo dodici ore dal momento traumatico, dopo essere passati dai Posti di Medicazione e dalle Sezioni di Sanità, quando cioè i processi suppurativi non sono ancora sviluppati. Ma non tutti i feriti, specie nelle grandi azioni, possono essere, per la grande affluenza, curati subito dal Sanitario, che dopo una grossolana visita sceglie i più gravi. Ne viene di conseguenza che i feriti sono per necessità di cose, portati in sala di medicazione in un tempo che varia dalle *cinque* alle *trenta* ore dal momento traumatico.

Si comprende subito che diverse sono le condizioni di quelli sottoposti alle cure nelle *prime venti ore*, che per chiarezza chiameremo *primo tempo*, da quelli curati nel periodo successivo o *secondo tempo* (venti o più ore dal ferimento).

Quale il compito del Chirurgo nel *primo tempo?*

Quello di impedire le possibili infezioni e di attenuare o neutralizzare quelle in incipiente corso.

È questo perciò il momento più importante della cura di queste gravi ferite, direi quasi il momento decisivo per impedire le spaventose complicazioni, più specialmente proprie dei primissimi periodi, quali la gangrena gasosa, il

(1) B. SCHIASSI. *La chimiatria antisettica ed il trattamento delle ferite infette*. Bologna. 1917.

flemmone maligno gasoso, il flemmone settico, il tetano, ecc., che possono condurre il paziente a morte in brevissimo tempo, pure avendo talvolta origine da una piccola ferita alla quale dapprima non si era data forse grande importanza.

Ed è propriamente nelle formazioni Sanitarie di prima linea, Auto-ambulanze ed Ospedaletti, che domina la vera chirurgia di guerra, che si differenzia da quella di pace innanzi tutto per la qualità delle lesioni, in secondo luogo per quelle difficoltà esterne che si oppongono ad un conveniente trattamento chirurgico delle ferite: ed infine per il numero considerevole dei feriti che simultaneamente abbisognano delle debite cure.

Fortunatamente dopo molte disillusioni, insuccessi e controversie durante il primo periodo della guerra, nel quale i singoli chirurghi si sono comportati secondo tendenze fatte di consuetudine ed origine scolastica, il dogma dell'astensionismo operatorio è tramontato, ed invece da molti mesi è ormai opinione generale dominante la necessità dell'intervento immediato. In tali ferite il chirurgo deve intervenire procedendo ad un cauto e diligente esame digitale o con una sonda di Kocher sterilizzata; quindi detergere prima leggermente con acqua ossigenata od altra soluzione detersiva, ed in seguito praticare convenienti sbrigliamenti a fine di asportare il proiettile ed ogni corpo estraneo, facilitando così il deflusso del pus, che per l'infezione già esistente non dovrebbe tardare molto a farsi strada.

Naturalmente la tecnica dell'intervento è della massima importanza e richiede fissi e chiari concetti anatomici e fisici.

E fin qui tutti concordi nell'accordare alla cura chirurgica il primato nella lotta contro le gravi infezioni che stanno per sorgere.

Ma è proprio a questo punto che sorge il disaccordo.

Quale il tipo di medicatura da usarsi?

Io ho notato nella maggior parte dei chirurghi italiani quasi una inesplicabile avversione a tutto ciò che sa di empirico, e forse invece una esagerata fiducia nell'opera del bisturi. La grande maggioranza è quindi per la medicatura asettica, mentre una schiera poco numerosa è per l'antisettica.

In Francia e in Inghilterra invece col Carrel, Dakin, Gaultier, W. Cheyne ed altri prevale la cura antisettica specialmente intensificata al primo periodo.

Per parte mia devo dire che nei tanti mesi di esperienza agli Ospedaletti da campo, dove i feriti in massima parte provenivano direttamente dal luogo del combattimento, dopo essere solamente passati dai posti di medicazione e dalle sezioni di sanità, ho esperimentato tutti i metodi, e credo di dover concludere quanto segue:

1° Che l'intervento chirurgico nel primo tempo suddetto è il mezzo principale per prevenire le gravi infezioni.

2° Che la cura asettica è utile e pratica solo nel caso che la precedente cura chirurgica sia riuscita allo scopo.

3° Che la cura antisettica susseguente all'intervento chirurgico può essere utile e opportuna poichè permette spesso di superare il primo e più grave pericolo delle maggiori infezioni.

4° Che nonostante ciò, dopo aver esperimentato la tintura di iodio, il permanganato, l'acqua ossigenata, l'ipoclorito di calcio, il clorobol, il clorosan, non so assolutamente comprendere l'affermazione del Gaultier di non aver avuto in quattro mesi che un solo caso di infezione per merito del liquido di Dakin.

5° Che dopo l'intervento chirurgico il metodo migliore per prevenire le infezioni gravi è il bagno caldo prolungato.

Il concetto di affidare alla natura il compito più importante della lotta contro i processi infettivi era, come già dissi, dominante al principio della guerra, temendosi coll'intervento chirurgico di portare nuove infezioni, di trasportare maggiormente in circolo quelle esistenti per le aumentate vie di assorbimento, di interrompere i processi biologici di difesa e riparazione cellulare.

Purtroppo i gravi e molteplici insuccessi dimostrarono praticamente errato il concetto, che pure scientificamente fu confermato tale dalla speciale lacerazione e distruzione di tessuti per parte dei proiettili di artiglieria, dei gas e dei prodotti dello scoppio e della combustione, dai corpi estranei trasportati in seno alla ferita, dalla terribile e sudicia vita di trincea.

Coll'intervento chirurgico la maggior parte delle gravi infezioni viene impedita o dominata, ma rimane sempre un certo numero di casi (specie quelli complicati a frattura ossea) nei quali detto metodo si dimostra insufficiente, ed è chiaro che la successiva cura asettica, basata sul principio di favorire i processi biologici di difesa e riparazione cellulare ed umorale, sia a sua volta insufficiente dal momento che detto lavorio biologico viene sopraffatto dalla gravità dell'infezione.

Era dunque naturale che la mente del chirurgo si adoperasse a trovare altro mezzo di cura

preventiva che desse affidamento di impedire o almeno dominare tutte le infezioni.

La cura antisettica, facilitato il suo compito dal precedente intervento chirurgico, può vieppiù diffondersi in seno alla ferita, ma non può assolutamente penetrare in tutti gli interstizi, poichè per ottenere ciò occorrerebbe sbrigliare troppo profondamente ed ampiamente a tutto danno della nutrizione e vitalità dell'arto; nè d'altra parte è possibile scientificamente negare che l'energica azione disinfettante dell'antisettico se ha azione battericida non può fare a meno di alterare in parte i processi cellulari e umorali di difesa dell'organismo.

Si comprende quindi come neppure questo metodo di cura preventiva possa sempre riuscire allo scopo.

I maggiori successi si ottengono a mio parere anche in questo primo tempo col bagno caldo prolungato, processo come già dissi in antecedenza, forse perchè apparentemente empirico, assai negletto dai nostri chirurghi.

Praticamente esso è applicabile alla maggior parte delle ferite agli arti; è altresì economico e attuabilissimo non esigendo speciali mezzi di materiale e personale, ed essendo sufficienti gli apparecchi posti in caricamento agli ospedaletti da campo.

Scientificamente poi risponde meglio di ogni altro alle necessità del caso.

Infatti l'intensa iperemia attiva locale dovuta all'azione del liquido riscaldato a temperatura adatta eccita al massimo grado i processi riparatori cellulari ed umorali dell'organismo provocando così una forza di difesa e offesa istogena dall'interno verso l'esterno proprio in senso contrario all'azione dei germi infettivi, che tentano di procedere dall'esterno verso l'interno; con la meccanica azione di lavaggio penetra in tutti gli interstizi aperti dal bisturì, asportando germi e materiali eterogenei; con l'azione tonica sul sistema nervoso calma il dolore e concilia il tanto agognato riposo al paziente.

Pei feriti invece sottoposti alla cura del chirurgo all'Ospedaletto da campo nel 2° periodo di tempo, cioè dopo le prime venti ore dal ferimento, le cose si complicano.

Poichè in questi casi le infezioni hanno avuto il tempo di svilupparsi, i germi flogogeni di penetrare moltiplicandosi a varie profondità a mezzo dei linfatici, nei capillari sanguigni, lungo le aponeurosi e nelle profondità muscolari; la resistenza organica va diminuendo, mentre una lenta intossicazione per endo- ed esotossine va sviluppandosi.

La maggior parte delle volte anche in queste ferite una decisa cura chirurgica, e le risorse dell'organismo hanno ragione delle infezioni già in corso, ma in alcuni casi nè gli ampi e scientifici sbrigliamenti, nè le forze della natura riescono ad ottenere il sopravvento, ed allora si è ben fortunati se con l'amputazione dell'arto, più o meno procrastinata, si riesce a salvare la vita al paziente.

È facile comprendere come anche l'azione dei più svariati antisettici nel 2° tempo di simili ferite non possa arrestare od attenuare la flogosi in pieno sviluppo e assai inoltrata nei tessuti; limitandosi l'azione bactericida alla superficie di contatto ed al senso medesimo dell'azione bacterica.

Il bagno caldo per le ragioni accennate trova in questo 2° tempo maggior resistenza nell'infezione, per cui occorre prolungarne il tempo: tuttavia è il più potente ausilio alla cura chirurgica che l'esperienza mi abbia fatto conoscere, oltre che per l'intensa iperemia attiva e la calmante azione sul sistema nervoso, per l'efficacissima azione detersiva e di drenaggio che meglio di ogni altro mezzo terapeutico è in grado di sviluppare.

Continuando ora a considerare praticamente il problema dal punto di vista del tempo, il ferito dopo qualche giorno, se le sue condizioni non sono proprio gravissime, viene traslocato o in unità sanitarie più arretrate della zona di guerra vera, o in grandi ospedali del territorio. È questo il terzo periodo della cura che in generale dovrebbe portare il ferito a guarigione.

Si comprende facilmente come in questi ospedali il compito del chirurgo sia assai diverso da quello già illustrato per gli Ospedali da campo, poichè in essi difficilmente si sviluppano le più gravi e letali infezioni quali la gangrena gasosa, il flemmone maligno gasoso, il flemmone settico, il tetano, ecc.; complicazioni più specialmente proprie dei primissimi periodi e più pericolose per la vita del ferito. Dominano invece i processi infiammatori, determinati da una speciale categoria di germi patogeni, dai comuni piogeni, obbligati o facoltativi (es. streptococchi, stafilococchi, b. coli, ecc.) che giocano il maggior ufficio nelle infezioni delle ferite in genere e delle ferite di guerra in ispecie.

In questo terzo tempo però le suddette infezioni sono di solito in periodo di decrescente virulenza locale, mentre altri pericoli sorgono a minare l'esistenza del paziente, specie nelle ferite complicate a gravi e difficilmente componibili fratture ossee: la *setticoemia*, ed *una speciale cachessia*, propria a quell'organismo che non può più sopportare un arto in condizioni di vitalità impossibile.

Quale il compito del chirurgo in questo terzo periodo?

Tutti concordano nel concetto chirurgico di evitare la formazione di cavità chiuse o insufficientemente abreate, nelle quali possa accumularsi il prodotto infiammatorio sotto una pressione più o meno elevata.

Indiscussa è pure l'immobilizzazione dell'arto colpito, specie se complicato a frattura ossea.

Ma poi i soliti contrasti.

La pratica ha dimostrato che la cura antisettica, già inefficace nel secondo periodo, è in questo terzo tempo nulla e forse forse dannosa.

Infatti se la ferita, superato il momento critico si avvia verso guarigione, i germi perduta la loro virulenza vanno scomparendo per l'intenso lavoro fagocitario e riparatore delle cellule, e si viene mano mano formando uno stato speciale della ferita, praticamente asettico.

È facile comprendere che in tal caso gli antisettici non possono che alterare e danneggiare questo intenso processo biologico cellulare ed umorale.

Se la ferita invece lentamente si avvia verso la settisoemia, o verso quello stadio cachettico suaccennato, allora l'antisettico non può non solo dominare, ma nemmeno raggiungere il processo infettivo già diffuso non pure all'arto, ma all'intero organismo.

La cura asettica invece per certo non arreca nessun danno, ed opportunamente conviene usarla quando la ferita volge verso guarigione.

Nei casi gravi però è assolutamente impotente ad impedire la setticoemia e la cachessia. Anche in questo terzo periodo l'esperienza mi conferma l'immensa superiorità del bagno caldo prolungato su tutti gli altri metodi.

Invero se la ferita è in ottime condizioni il bagno caldo elimina il dolore e i danni che una medicatura asciutta produce ogni qualvolta occorre ricambiarla, e inoltre porta al massimo rendimento il lavoro biologico di ricostruzione mediante l'intensa iperemia attiva.

Nei casi gravi suddetti è l'ultimo tentativo per salvare l'arto e la vita del ferito: poiche con la sua azione tonica sul sistema nervoso dà novella energia alle esauste difese generali dell'organismo, mentre localmente fa un'utile azione di lavaggio e drenaggio asportando i materiali di secrezione, che diversamente verrebbero in parte assorbiti e portati in circolo.

Un grave ostacolo però si verifica in questo metodo per le ferite complicate a frattura delle ossa lunghe, in causa dei movimenti inevitabili, che naturalmente sono a tutto danno della consolidazione ossea e quindi della ferita in generale. A questo inconveniente però si può riparare con opportuni espedienti.

Credo inoltre possibili apparecchi metallici di contenzione che permettano di procedere al bagno prolungato dell'arto, senza la rimozione di essi: è questo un argomento che sto studiando e che spero di far presto oggetto di altra pubblicazione con buoni risultati.

Per ciò che riguarda la frequenza delle medicature mi pare si possa con sicurezza affermare che agli Ospedali da campo è opportuno medicare a giorni alterni, salvo casi eccezionali in cui la temperatura, il dolore e l'emorragia ci devono essere di guida.

Agli Ospedali territoriali le ferite che procedono decisamente verso guarigione vanno lasciate tranquille il più possibile, mentre per le altre sarà opportuno cambiare la medicatura a giorni alterni.

Ciò se si usa la medicatura asettica o l'antisettica.

Il bagno caldo invece sarebbe consigliabile quotidianamente per due o tre ore; ma non sempre in pratica è possibile, nè per le ferite complicate a frattura ossea è sempre opportuno, se non si ha la possibilità di impedire i movimenti dei frammenti.

MEDICINA SOCIALE.

Lo Stato e la tutela dell' Infanzia.
(Scozia ed Italia)

Dott. MARIO FLAMINI.

Il Governo della Scozia, il quale è stato sempre all'avanguardia della assistenza sociale per la infanzia, ha recentemente emanato una legge veramente mirabile per coordinare tutte le opere di assistenza esistenti a beneficio delle madri gestanti ed allattanti, ed a beneficio dei bambini di età inferiore ai 5 anni; e per stimolare la creazione di quelle mancanti o deficienti.

La legge, che fu emanata nel 1915, va col nome di *Notification of Births Act*, e il punto essenziale di questa consiste in ciò, che all'atto di una nascita il padre del bambino, o qualsiasi altra persona che abbia assistito la madre durante le prime sei ore del parto, è obbligata a denunciare la nascita all'Ufficio Sanitario del distretto. Tale denuncia è ritenuta come la prima condizione per una azione pronta e sistematica da parte delle autorità dell'ufficio di igiene. La legge stessa stabilisce che ogni autorità locale può prendere quei provvedimenti che ritenga opportuni per provvedere alla salute delle madri gestanti ed allattanti, come pure dei bambini al disotto dei 5 anni di età: per tali provvedimenti il Governo della Scozia si impegna di dare il suo contributo, purchè siano dal Governo stesso approvati.

A tal uopo nel 1916 il Governo stabilì uno schema di opere di assistenza alle madri ed ai bambini, sulla falsariga del quale ogni autorità locale si doveva regolare per presentare all'autorità governativa un elenco di istituzioni di beneficenza da sottoporre alla sua approvazione: le opere approvate possono ricevere dallo Stato un contributo del 50 % delle spese.

Lo schema sul quale ogni autorità locale si deve uniformare è il seguente:

Opere di assistenza alle madri gestanti o allattanti. — Le autorità locali devono in ogni distretto provvedere, assicurare o creare le seguenti istituzioni:

a) Centri di maternità ove le madri gestanti ed allattanti possano recarsi per consiglio e cure mediche;

b) Visite a domicilio alle madri gestanti o allattanti;

c) Assistenza medica alle madri che partoriscono a domicilio in modo che esse possano ricevere pronta ed adatta cura;

d) Ricovero ospitaliero quando la donna che deve partorire soffra per malattia o deformità, o quando esistano altre condizioni che possano danneggiare la madre o il bambino;

e) Ricovero ospitaliero per la cura di complicazioni consecutive alla nascita del bambino;

f) Rapporto con la Direzione delle scuole primarie o secondarie per organizzare e far funzionare scuole per le madri e per le giovani.

Opere di assistenza ai bambini di età inferiori ai 5 anni. — Le autorità locali devono in ogni distretto provvedere, assicurare o creare le seguenti istituzioni:

a) Centri clinici o di consultazione, ove i bambini possano esser condotti per consiglio e cure mediche (tali centri possono essere annessi a quelli di maternità);

b) Ricovero ospitaliero per bambini ammalati qualora sia impossibile curarli in casa;

c) Ospizi per bambini deboli (convalescenziari);

d) Presepi ed asili infantili;

e) Notizie cliniche sufficienti a far conoscere alle autorità locali quanto è necessario per preparare per ogni bambino una scheda sul suo stato di salute da presentarsi all'atto di ammissione alla scuola. Tali notizie saranno fornite dall'ufficiale sanitario, che è in grado di conoscerle.

La presentazione dello schema all'autorità governativa deve essere accompagnata dalla dichiarazione dei doveri, dei salari e delle qualifiche speciali dei medici, delle infermiere, delle levatrici, delle visitatrici, ecc. Inoltre le autorità locali dovranno specificare quali sono le istituzioni che si dovranno utilizzare, quali sussidiare, quali ingrandire, e quali creare.

In tal modo, dopo la approvazione governativa dello schema, le autorità locali potranno essere in grado di destinare fondi pubblici (fino al 50 % delle spese) per provvedere ad organizzare la cura e l'assistenza per le madri gestanti ed allattanti e per i bambini fino all'età della scuola. Il contributo viene concesso direttamente alle autorità locali, le quali lo trasmettono alle istituzioni. Queste autorità però non possono modificare alcun salario senza l'approvazione del governo stesso. Inoltre tutte le istituzioni sussidiate devono esser dirette da un medico approvato dal Governo. Se qualcuna di queste istituzioni non funziona secondo il suo desiderio, il contributo potrà essere ridotto o soppresso. Tutti questi provvedimenti sono necessari nell'interesse di una buona amministrazione. Ad ogni modo il punto cardinale finanziario del regolamento consiste in ciò che nessun istituto può fruire del contributo se non è stato approvato come facente parte di uno schema pure approvato.

Ma non è questa la sola legge che esista in Scozia per la protezione dell'infanzia. Impor-

tantissima è la *legge dei bambini* (*Children Act*) del 1908, la quale si compone di sei parti:

I. *Protezione della vita dei bambini.* — Riguarda le persone che ricevono bambini in affidamento mercenario o non mercenario. Queste sono obbligate a denunciare l'affidamento entro le 48 ore, come pure il cambiamento di residenza o il passaggio del bambino da un affidamento ad un altro. Tratta delle ispezioni, del numero dei bambini che si possono affidare ad ogni custode, e proibisce l'assicurazione sulla vita dei bambini.

II. *Tutelà contro la violenza sui bambini e sui giovanetti.* — Tratta della soffocazione dei bambini, del domandar l'elemosina, dei rischi del fuoco, dell'incoraggiamento alla seduzione o alla prostituzione, ecc.

III. *Bambini fumatori.*

IV. *Riformatori e scuole industriali.*

V. *Maltrattamenti.*

VI. *Parte miscellanea e generale.*

A queste leggi principali che regolano l'assistenza sociale infantile il Governo scozzese ne ha aggiunte altre relative al latte di vacca (*The Milk and Dairies Act* 1914), alle levatrici (*Midwives Act* 1915) ed alla sifilide (*The Public Health Regulations Act* 1916).

Tale complesso di disposizioni dettagliate e ben armonizzate fra loro, mentre da un lato ci fa ammirare la attività di un Governo, il quale ha provveduto nei limiti del possibile a diminuire la morbilità e la mortalità dei bambini, richiama alla nostra mente le deficienze gravi che esistono in Italia a tale riguardo.

Tra queste dobbiamo specialmente accennare alla mancanza di una legge che regoli la assistenza alla infanzia abbandonata, sia legittima che illegittima (Brefotrofi), e che regoli e sorvegli l'allattamento mercenario e gli affidamenti mercenari dei bambini. Troppo si è discusso in questi ultimi tempi (ed anche in questo giornale) dei Brefotrofi, della elevata mortalità degli esposti e dei rimedi e delle riforme che sarebbero necessarie per migliorare l'assistenza dei bambini illegittimi: e non è quindi necessario ritornar sopra alla questione. Troppo evidente è la deficienza di qualsiasi mezzo di assistenza e la mancanza di qualsiasi istituto di ricovero per i bambini lattanti legittimi abbandonati perchè meriti di essere dimostrata. Merita invece che venga messo in luce il problema dell'allattamento mercenario il quale è in special modo importante per la nostra nazione, ove è molto diffuso l'allattamento mercenario a distanza, ed ove esistono alcuni paesi, specialmente dell'Italia meridionale, che esercitano il commercio dell'allevamento dei bambini appartenenti alle città vicine. Quali siano gli inconvenienti di questo genere di allattamento è facile comprendere: il danno deriva soprattutto dalla mancanza di vigilanza materna e dal difetto di cure da parte della balia spesso per ignoranza, più spesso per il bisogno o per la malafede. La mortalità di questi bambini così affidati è molto elevata, ma fino ad ora il Governo non ha tentato di porvi un riparo. La mancanza di sorveglianza da parte dello Stato permette spesso ad una donna con latte insufficiente di prendere un bambino in allattamento, e di nutrirlo con pappe o con latte di vacca, permette spesso ad una balia di accettare per lucro di allattare contemporaneamente due o più bambini, di affidarli ad altre donne senza il consenso dei genitori, di abbandonarli nelle ore del lavoro. Lo stato di salute della balia, le sue condizioni morali, non è necessario siano controllate.

Anche l'allattamento mercenario fatto da balie tenute in casa presenta dei gravi inconvenienti sociali, dei quali lo Stato si dovrebbe preoccupare: è permesso alle donne agiate che hanno latte sufficiente di chiamare in famiglia un'altra donna per allevare il figliuolo; è permesso ad una madre bisognosa di abbandonare il suo lattante di pochi giorni per dare il latte ad un altro bambino, senza almeno assicurarsi che il proprio figlio venga prima affidato ad un'altra nutrice idonea all'allattamento. Ogni balia che viene in città lascia a volte il suo bambino ad una donna che ne allatta anche un altro, o che si trova in un periodo di allattamento troppo avanzato per essere una buona nutrice.

Tutti questi inconvenienti, tutte queste gravi ingiustizie sociali si commettono senza che una legge venga a porvi un freno, o a stabilire una norma.

La Francia per prima (1874), e poi quasi tutte le altre nazioni europee hanno emanato leggi per il controllo e la sorveglianza dell'allattamento mercenario. In Italia, ove l'allattamento mercenario è tanto diffuso, manca qualsiasi disposizione Governativa a tale riguardo. Esistono solo delle disposizioni locali qua e là prese per iniziativa di qualche Provincia, di qualche Comune, o di qualche Istituzione privata. Degna di nota è l'Ordinanza Prefettizia emanata in Roma il 25 gennaio 1903, che stabilisce il controllo e la visita da parte dell'Ufficio di Igiene di Roma di tutte le balie che intendano prendere in affidamento bambini per conto di Istituti di Beneficenza (Crèches, maternità, Congregazione di Carità), e la visita mensile obbligatoria della balia e del bambino da parte degli ufficiali sanitari dei varî Comuni. Importante è anche l'Ordinanza Municipale emanata

in Roma nel 1905 e poi completata recentemente con una nuova ordinanza (10 agosto 1907), la quale dispone che *tutte* le balie che intendano allevare dei bambini, sia per conto di istituti, che presso famiglie private, debbano subire la visita medica nell'Ufficio Sanitario del Comune per essere dichiarate idonee o non all'allattamento, e che tutti i cittadini che abbiano assunto in casa delle nutrici siano invitati a denunciarle alla Delegazione Municipale e a verificare se siano munite del certificato di sanità, ed in caso contrario a provvedersene.

È questa una disposizione veramente lodevole, ma che risolve un solo lato del problema, lasciando insoluto ad esempio quello che riguarda il controllo e la visita delle balie di paesi vicini a Roma, che prendano in via privata in affidamento un bambino lattante, e la sorveglianza, durante il periodo di allattamento di tutti i bambini affidati privatamente a balie in allattamento mercenario a distanza. È appunto tale sorveglianza in città, e specialmente nei paesi e nelle campagne ciò che costituisce il provvedimento che dovrebbe essere il più importante e necessario. Tale sorveglianza non potrà imporsi che per legge, poichè dovrà essere uguale ed estesa a tutte le Provincie ed a tutti i Comuni, se si vuole che raggiunga effetti realmente sensibili.

In conclusione dobbiamo riconoscere che in Italia la legislazione per l'assistenza della prima infanzia è quasi del tutto mancante. Quando il Governo vorrà occuparsi di questo problema, che ci sembra tanto importante ed urgente, il legislatore troverà davanti a sè un terreno libero sul quale potrà costruire fin dalle fondamenta. Ciò renderà il suo compito più arduo, ma forse più grato e più bello.

I principali problemi da risolvere saranno allora i seguenti:

1° Assistenza alla infanzia abbandonata (legittima ed illegittima).

2° Controllo e sorveglianza sull'allattamento mercenario e sugli affidamenti a custodia.

3° Coordinamento delle opere di assistenza infantili.

Noi abbiamo fiducia che in un avvenire non lontano tali importanti problemi saranno in gran parte risolti. Dopo le importanti disposizioni emanate a favore della lotta contro la tubercolosi, dovrebbe esser presa in considerazione la tutela della infanzia. Ci dà affidamento la mente illuminata di chi oggi è preposta alla Direzione della Sanità Pubblica, poichè egli si è sempre occupato con amore dei problemi sociali che hanno attinenza con la infanzia, e più volte ha concesso il suo appoggio ed il suo incoraggiamento ad istituzioni sorte allo scopo di tutelare la salute e la vita dei bambini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI)

Società Medico-chirurgica di Modena.

Seduta del 19 giugno 1917.

Su l'intervento chirurgico nelle ferite cranio-encefaliche.

Prof. M. DONATI. — L'O., riferendosi a più che una centuria di lesioni di guerra craniche o cranio-encefaliche, delle quali 84 operate, tratta delle indicazioni e della tecnica dell'intervento chirurgico in queste importanti ferite.

Egli è d'opinione che in tesi generale sia necessario in primo tempo operare e che per ciò abbia la maggiore importanza fare subito la diagnosi: la cura razionale della ferita, quale l'O. ha già avuto occasione di propugnare, permetterà in ogni caso di assicurarci dell'integrità del tavolato esterno ed insieme di fare immediatamente la profilassi dell'infezione, evitando una delle più temibili complicazioni delle ferite cranio-encefaliche.

Quando vi è avvallamento o comunque scontinuità del tavolato esterno, è necessario trapanare, per il che a volte occorre scolpire dei lembi arcuati cutaneo-muscolo-osteoperiostei, ma per lo più basta allargare la breccia esistente per mezzo di una pinza ossivora o di pinza del Montenovesi o della fresa, attraverso l'incisione esplorativa di sbrigliamento di lunghezza e forma variabile. Occorre asportare con gran cura tutti i corpi estranei, le scheggie ossee affondate, risollevando e lasciando in sito le più voluminose che siano bene riadattabili nella loro sede.

Non si inciderà la dura madre se essa è integra, e si ha motivo di pensare che non vi sia notevole ematoma sottodurale; altrimenti è necessario dare esito al sangue raccolto, e fare l'emostasi. Se vi è soluzione di continuo della dura e del cervello, diverso è il comportamento secondo che la lesione è stata prodotta da frammenti di frattura ossea, oppure è avvenuta essenzialmente per penetrazione di proiettili.

Nel primo caso, previa metodica e delicata esplorazione, digitale piuttosto che strumentale, si debbono asportare le scheggie ossee ed i corpi estranei che con essi sono penetrati, e, si deve fare l'emostasi e detergere la ferita, allontanando la sostanza cerebrale spappolata, che, dopo allargata la breccia della dura e tolti i corpi estranei, viene di solito proiettata all'esterno sotto pressione. Si vedono allora le pulsazioni della massa cerebrale riapparire, mentre per solito mancano quando si scopre la lesione.

Quando sono penetrati proiettili, se superficiali o se ad essi guida facilmente il tramite della ferita, ne è consigliabile la ricerca e l'estrazione: altrimenti, val meglio non ricercarli, rinunciando a manovre che potrebbero aggravare le lesioni della sostanza cerebrale.

Allorchè il tavolato esterno è integro, se non esistono sintomi di compressione o di focolaio, non si deve intervenire, sebbene possa accadere che siano

avvenute lesioni della sola vitrea o anche meningo-encefaliche. In un caso di questo genere, l'O. vide sopravvenire improvvisamente, circa 36 ore dopo il trauma, fenomeni mortali di compressione cerebrale da rottura di un vaso piale corrispondente a un piccolissimo focolaio di contusione cerebrale prodotto dal distacco di una altrettanto piccola scheggia di lamina vitrea della bozza parietale destra: la craniotomia, fatta appena insorti i sintomi di compressione, non valse a salvare il ferito.

Detto ciò per quello che riguarda le ferite in primo tempo, l'O. fa rilevare la possibilità di suturarle in totalità o in gran parte: accenna alla patogenesi delle ernie cerebrali e alla profilassi di questa mercè la toeletta del focolaio traumatico, la chiusura della ferita e la prevenzione dell'infezione: accenna ai postumi immediati, ecc. Si sofferma inoltre sulle ferite dei seni della dura madre delle quali osservò otto casi e sulla loro cura col tamponamento.

In secondo tempo l'O. ha avuto occasione di osservare molte fratture che erano state misconosciute, con e senza lesione meningo-encefalica e per lo più con infezione in atto di varia gravità. Le suppurazioni che colpiscono la sostanza cerebrale sono da considerarsi gravissime, sebbene in un discreto numero di casi possano essere vinte. Assai frequentemente esse finiscono con la morte per meningo-encefalite diffusa. In questi casi, l'intervento deve essere molto prudente, per dare esito al pus il più ampliamente possibile senza rompere le aderenze protettrici eventualmente formatesi.

Gli esiti lontani nei casi guariti sono nella massima parte dei casi assai favorevoli: ciò per lo meno fino ad ora. Fortunatamente, non di rado sono interessate zone *mute* del cervello, cosicchè non residuano disturbi funzionali anche a perdite di sostanza cerebrali. Ma probabilmente non saranno eccezionati i disturbi epilettici tardivi e molte perdite di sostanza ossea del cranio dovranno essere riparate con atti operativi secondari. L'O. ha dovuto intervenire una volta per epilessia e sa di un proprio operato per ascesso del lobo frontale sinistro nel quale rimase una discreta perdita di sostanza ossea, che fu operato di autoplastica per epilessia consecutiva. Il caso fu comunicato dal Cascino al recente Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

La mortalità nei casi operati dall'O. è, in blocco, del 15 %: essa riguarda casi tutti con lesioni encefaliche. Considerando soltanto i casi operati per ferite della sostanza cerebrale, la mortalità sale circa al 40 %. Dott. GIUSEPPE STUFLER.

Convegno medico idro-climatologico.

(Salsomaggiore, 16 settembre 1917).

Come abbiamo annunziato, si è tenuto a Salsomaggiore un convegno medico, presenti i proff. L. Pagliani, L. Devoto, G. Ruata, A. Monti, E. Bertarelli, V. Ascoli, C. Cattaneo, L. Zoia, I. Clivio, G. Viola, D. Ottolenghi, C. Poli, G. Gasperini, E. Baistrocchi, G. Pedrazzoli, F. Melocchi, A. Ferrata, A. Ghelfi, A. Mori, E. Respighi, M. Fontana, F. Lasagna, E. Orefice, G. Sabatini, G. Faraci e molti medici.

Hanno aderito e inviato suggerimenti e proposte i proff. G. B. Queirolo, P. Castellino, P. Casciani, G. Sanarelli, M. Pietravalle, G. Rattone, D. Barduzzi, L. Giuffrè, A. Ferrannini, L. Ferrannini, L. Silvagni, R. Massalongo, G. Y. Gigliolí, A. Ranelletti, C. Baduel, S. Vinaj ed altri.

Il prof. DEVOTO apre la seduta; invita alla presidenza il prof. Pagliani; espone i moventi della riunione, vôlta a diffondere tra i medici la conoscenza dei tesori idrobalneologici dell'Italia per il dopo-guerra. La parola e l'opera del medico devono provvidamente intervenire per intensificare la conoscenza dei nostri luoghi di cura anche in vista delle istitdende assicurazioni obbligatorie, per segnare, con studi solleciti, i fattori scientifici idonei a mettere in valore le grandiose ricchezze balneari, climatiche e montane dell'Italia meridionale ed insulare. Al movimento verso le montagne e le acque del Nord deve seguire quello verso il sud: gli Abruzzi, l'Umbria, la Basilicata, la Calabria, ecc., offrono posizioni di primo ordine. Dinanzi ai grandi sacrifizi di sangue del Mezzogiorno noi vediamo e sentiamo i nostri doveri.

Dopo ampia ed esauriente discussione, furono approvati i seguenti ordini del giorno:

« I medici cultori ed amici della idrobalneoclimatologia italiana, riunitisi a Salso il giorno 16 settembre 1917, convinti della necessità di un'*azione pratica per la propaganda e conoscenza delle stazioni climatiche e termali italiane*, nominano una Commissione con l'incarico di procedere, in termine breve, alla compilazione di una *guida pratica dei nostri luoghi di cura*, tenendo presente quanto è stato esposto nella discussione e rimettendo ad altra riunione la trattazione di altre forme di propaganda che saranno suggerite per raggiungere lo scopo. Fa pure voti che venga impartito nelle Università l'insegnamento della terapia fisica ». (CATTANEO).

La commissione è risultata così composta: V. Ascoli, Castellino, Cattaneo, Bertarelli, Queirolo, Ruata, Vinaj, Viola.

« L'assemblea fa voti:

1° che in una prossima legge speciale per le stazioni idro-minerali e climatiche sia resa obbligatoria l'attuazione di *provvedimenti di igiene* ad esse necessarie, in pieno consenso colla legge sanitaria italiana;

2° che l'esecuzione delle opere igieniche debba farsi a mezzo di *condizioni di favore* a somiglianza di quanto già esiste per la fornitura di acqua potabile;

3° che infine per le stazioni idro-minerali e climatiche più importanti la legge stabilisca in permanenza un *regime amministrativo* speciale il quale ne assicuri il pieno ed efficace funzionamento ». (RUATA, GASPERINI, CATTANEO, BERTARELLI).

« Gli adunati consapevoli dei molteplici vantaggi che derivano dalla bene intesa utilizzazione del patrimonio idrologico nazionale;

convinti che l'uso sempre migliore di tante ricchezze naturali ne eleverà l'apprezzamento ed il credito sia all'interno che all'esterno;

nell'occasione in cui si elabora da una commissione competente il regolamento destinato a disciplinare ed a proteggere l'industria idro-minerale hanno ravvisata l'opportunità delle seguenti raccomandazioni:

a) che le sorgenti destinate per bevanda siano tutelate con *opere d'allacciamento e di protezione* tali da preservarle permanentemente dalle influenze esterne e che le garanzie igieniche riconosciute indispensabili vengano accertate con rigore scientifico, tanto per le acque in commercio e che già servono per bibite e per bagni, come per quelle di cui si richieda l'esercizio;

b) che l'*imbottigliamento* e quanto altro necessita per l'invio delle acque a distanza siano fatti nella *sede più prossima all'affioramento naturale* delle sorgenti, o, dove queste siano condotte, in modo da non far loro subire deterioramenti;

c) che gli *impianti per la pulizia dei recipienti, per la loro empitura e chiusura* soddisfino a delle *prescrizioni igieniche* giustificate e tali da poterne esigere la costante applicazione;

d) che per le *etichette dei recipienti e per la réclame di una data sorgente* non siano permesse indicazioni quali-quantitative, attributi o designazioni qualsiansi, non rispondenti con la composizione chimica della sorgente stessa o con i suoi effetti terapeutici, clinicamente riconosciuti;

e) che i *derivati delle acque termo-minerali* debbano armonizzare con la composizione chimica delle sorgenti stesse, da cui prendono il nome e che gli impianti per estrarre ed elaborare i derivati medesimi corrispondano per la sede e per ogni altro particolare essenziale alle norme prescritte per l'imbottigliamento delle acque;

f) che per l'applicazione delle leggi e dei regolamenti in materia, sia *costituito dal Governo un apposito ufficio*, che sappia e possa conoscere e far conoscere, sorvegliare e tutelare il patrimonio idrominerale nazionale, armonizzando le esigenze industriali con i più sicuri dettami delle scienze, dalle quali l'idrologia trae vita e progresso». (GASPERINI, ASCOLI).

«Il Convegno, visto che l'Italia non ha saputo dar vita a *stazioni invernali di montagna*, per modo che gli italiani andarono fin qui a popolare le stazioni invernali della Svizzera e del Tirolo; considerato che in quasi ogni regione d'Italia e delle Isole esistono luoghi anche più adatti per l'elioterapia, la cura climatica invernale, gli esercizî fisici d'inverno, sotto un cielo più sereno, in una atmosfera più asciutta e più salubre; fa voti, perchè le stazioni metereologiche facciano conoscere le migliori località, gli enti locali facciano sorgere degli alberghi ed ospizî, che permettano di trarre vantaggio dal clima invernale; si curino le strade di accesso e si conservino le foreste indispensabili a mantenere la fisionomia del clima locale.

Intanto vista la diffusione enorme della *malaria tra i militari*, che diventano cronici perchè imperfettamente curati, fa voti perchè i malarici siano concentrati d'inverno nelle stazioni di montagna esenti da anofelici, che permetteranno la bonifica umana, e nel loro clima eccitante renderanno possibile la guarigione ed il ricupero di uomini validi alle armi ed al lavoro» (MONTI).

«I medici riuniti a Salsomaggiore, prendendo nota dei grandi vantaggi che per la profilassi e la cura delle *prime manifestazioni tubercolari nell'infanzia* hanno le *stazioni elioterapiche a tipo ambulatorio,* fanno voto che l'iniziativa privata integrata dalla sovvenzione statale, ne moltiplichi la istituzione specialmente nelle grandi città, utilizzando le mirabili risorse climatoterapiche d'Italia in qualsiasi delle sue diverse regioni del monte, del piano e del mare» (POLI).

Infine l'assemblea discute il tema: «Per l'avvenire climatico balneare del Garda e delle sue regioni». Il relatore, PEDRAZZOLI, lamenta che prima della guerra la regione del Garda fosse frequentata e sfruttata soltanto dai tedeschi. Deve essere richiamata l'attenzione degli italiani su quella regione perchè nel dopo-guerra sia messa nel suo giusto valore, favorendovi anche il concorso degli stranieri ed in particolar modo dei nostri alleati.

Il presidente PAGLIANI propone un telegramma di plauso al comm. Lutrario, al comm. De Cornè, al collega Vinaj. Chiude leggendo il telegramma da spedirsi al dott. Felice Pullè, che contiene un caloroso saluto per il nostro Esercito.

Gli ordini del giorno sono stati rimessi al Governo e agli enti interessati. R. B.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

Sulla decalcificazione nei traumatismi di guerra.

Ed. Delorme (*Bullétin de l'Académie de Médecine*, n. 19, 1917) osserva come l'estrema frequenza di questa decalcificazione ed i suoi gradi sono tali da richiamare l'attenzione non solo dei radiologi medici, ma anche di persone che i casi di questa guerra hanno costretto ad occuparsi di radiologia e che erano quindi affatto imprevenuti. Rara, o relativamente rara negli ospedali contenenti feriti recenti, essa si trova assai spesso nelle formazioni sanitarie arretrate, nei depositi di convalescenti, nei centri di psicoterapia, ecc. Su 1350 radiografie ossee l'A. ha ricercata la frequenza della osteoatrofia calcarea, classificandola per regioni e per categorie di ossa lese, riscontrandola:

1° nella metà dei casi di lesioni del metacarpo;

2° in un quarto dei casi di quelle del cubito;

3° in una metà dei casi di quelle del radio;

4° in una metà dei casi di quelle dell'omero;

5° nella stessa proporzione di quelle della tibia, o di ambedue le ossa della gamba;

6° in un poco più del terzo dei casi di quelle del femore.

Si conosce l'influenza, che esercitano le lesioni dei tronchi nervosi sulla patogenesi di questa decalcificazione. L'A. la constatò: 5 volte su 6 casi di ferite del mediano, 13 volte su 13 casi di ferite del radiale, 8 volte su 17 casi di ferite del cubitale, 5 volte su 5 lesioni simultanee del mediano e del cubitale, 2 volte su due casi di ferite del radiale e del cubitale, 5 volte su 5 ferite gravi e multiple dei nervi del braccio; su 37 casi di ferite dello sciatico e delle sue branche fu constatata 23 volte.

Se le lesioni dei grossi tronchi nervosi hanno una notevole influenza sullo sviluppo della osteoatrofia calcarea, esse non sono indispensabili per produrla: parecchi radiologi hanno costatato osteoatrofie molto manifeste con lesioni di nervi di minima importanza.

L'A. ha inoltre ricercata l'atrofia calcarea in 7 casi di lesione degli arti, con consecutiva legatura dei tronchi arteriosi principali, ottenendo questi risultati: Dopo due legature dell'ascellare, assenza di osteoatrofia calcarea; dopo due legature dell'omerale lo stesso risultato; in tre casi di legatura della femorale assenza di decalcificazione in due, lieve in uno.

Relativamente ai caratteri, agli aspetti della decalcificazione occorre rimarcare che in modo naccia delle piaghe, della infezione delle vie generale essa si manifesta principalmente con l'aumento della trasparenza dell'osso alla radiografia. In un corpo diafisario l'attenuazione della tinta del canale midollare fa di più risaltare il bordo bianco, periferico, ristretto dell'osso e il bordo nero sulla fotografia. In un osso corto il tessuto epifisario perde progressivamente la sua architettura, dà una tinta regolare, e, ciò che è ugualmente molto caratteristico, con una bordura lineare, netta, nera, alla periferia, che non si costata mai sull'osso sano. Queste sono le apparenze abituali, ma non uniformi, nè assolutamente costanti: a volte invece di una tinta attenuata uniforme, si hanno colorazioni varie, più o meno irregolari.

La decalcificazione non è un disturbo consecutivo permanente, che bruscamente si stabilisce e non meno bruscamente sparisce. Essa presenta una evoluzione più o meno lenta e la cui durata ci è sconosciuta, con delle fasi di aumento, di stato, di diminuzione.

Il trattamento della osteoatrofia calcarea delle ferite di guerra è del tutto trascurata. Le applicazioni elettriche sembrano indicate; ma la durata prolungata di questa decalcificazione sui feriti affetti da lesioni dei grossi tronchi nervosi e sottoposti alle correnti continue sembra autorizzare ad ammettere che i loro effetti sono nulli, o poco manifesti. In tutti i casi d'altro canto, poichè non conosciamo l'assenza stessa delle turbe nutritive ed occorre restituire alle ossa sotto una forma assimilabile gli elementi minerali che esso perde, sembrerebbe utile ricorrere all'impiego dei sali calcarei e degli altri prodotti, che si usano in casi analoghi. Rari però sono i medici ed i chirurgi che hanno ad essi ricorso, e senza alcuna convinzione.

Secondo A. Robin, si può trattare la demineralizzazione non con materie minerali, che l'osso non assimilerà, poichè perde le sue materie minerali costituenti, ma con una particolare alimentazione e con l'impiego degli arsenicali, i quali hanno una azione conservatrice sulla mineralizzazione ossea. P. C.

Le complicazioni pleuro-pulmonari nelle ferite dei centri nervosi.

La chirurgia dei centri nervosi ha fatto nella guerra attuale dei sensibili progressi. Tuttavia le ferite dell'asse cerebro-spinale hanno sempre una prognosi grave: per quanto notevoli possano essere i vantaggi ottenuti localmente con l'intervento chirurgico permane sempre la minaccia delle piaghe, della infezione delle vie

urinarie, della setticemia. A queste complicazioni di maggiore frequenza si devono aggiungere, osserva Roussy (*La Presse médicale*, 1916, n. 34), quelle pleuro-pulmonari. Ed al riguardo egli riferisce quattro osservazioni di ferite del cranio e della colonna vertebrale, in cui la morte dei pazienti fu determinata da un'affezione pleuro-pulmonare. In tutti e quattro i casi non esistevano lesioni infiammatorie delle meningi, del midollo e del cervello apprezzabili all'esame fisico e dopo morte accertabili al tavolo anatomico, e capaci di determinare la morte, ma solo gravi lesioni infiammatorie del pulmone e della pleura. Per altro in due di tali casi il focolaio di distruzione midollare era tale da far prevedere la completa guarigione anatomica e funzionale, se non fosse sopravvenuta la complicazione mortale. Le cause di queste affezioni secondarie sembrano molteplici. Bisogna innanzi tutto riconoscere che i feriti del midollo sono particolarmente sensibili al freddo e mal sopportano il trasporto anche di brevi e di piccole distanze.

D'altra parte, come si constata spesso all'autopsia, questi feriti hanno anche delle fratture delle coste prodotte o dallo stesso proiettile che ha leso la colonna vertebrale o in seguito alla caduta. Non si può infine escludere che la lesione stessa del midollo possa determinare nel pulmone per azione vaso-motrice simpatica una condizione che favorisca la infezione. Queste considerazioni suggeriscono qualche deduzione profilattica e terapeutica. È innanzi tutto necessario che gl'individui con ferite del cervello e più ancora del midollo siano considerati come soggetti molto fragili, sensibili al freddo e che quindi hanno bisogno di grandi precauzioni durante il trasporto. Sono inoltre dei malati in profondo stato di shok, che devono essere tenuti su nei primi giorni con iniezioni di siero e di olio canforato. In vista della gravità delle complicazioni pleuro-pulmonari conviene sorvegliare l'albero respiratorio procedendo quotidianamente ad un accurato esame del paziente. E tenere sopra tutto presente che la esperienza della guerra ha dimostrato che i fenomeni paralitici in rapporto con le lesioni midollari da ferite possono migliorare fino ad un punto veramente insperato. Il prevenire e trattare quindi le possibili complicazioni, e tra queste le pleuro-pulmonari, durante il periodo di maggior pericolo, significa consentire al malato di raggiungere quello stato nel quale essi possono sensibilmente migliorare ed anche guarire.

DR.

TERAPIA.

Il trattamento dei tumori maligni con i raggi X.

A. Feuwick Holding (*Am. Journ. of med. sciences*, luglio 1917) ha trattato metodicamente numerosi casi di tumori maligni, e riferisce i risultati ottenuti sopra 258, in cui la diagnosi è stata accertata sia clinicamente che istologicamente. I tessuti profondi che più facilmente subiscono l'azione dei raggi X sono i tessuti linfoidi della milza, ghiandole linfatici e follicoli, il timo, l'epitelio spermatogeno testicolare, i follicoli di Graaf dell'ovaio, le cellule endoteliali, embrionali ed i nuclei cellulari, specialmente quelli in stato di divisione attiva. Quindi i risultati migliori sono da aspettarsi nei tumori linfatici, testicolari, ovarici, ed in quelli fatti da cellule embrionali.

Eccellenti sono i risultati terapeutici nell'epitelioma a cellule basali. I tumori del seno, delle ovaie, dei testicoli, i tumori a struttura linfatica subiscono notevoli miglioramenti, specie se costituiti da cellule embrionali.

Non si può senz'altro affermare che i raggi X possono curare il carcinoma; però si può dire che sia essi, sia il radio, insieme all'ablazione del tumore, quando è possibile, danno miglioramenti più sensibili di tutti gli altri agenti finora conosciuti, e sono quindi consigliabili, almeno fino a che non si sia trovata una cura specifica.

I chirurghi non debbono trascurare i benefici effetti dei raggi X nella cura del carcinoma, specialmente come trattamento postoperativo e come prevenzione delle metastasi.

Parecchi dei casi dell'A. subirono delle ricadute, e pure avendo avuto dei miglioramenti tali da prolungare l'esistenza e da renderla meno penosa, morirono ugualmente per la malattia. In diversi altri i miglioramenti furono veramente impressionanti e tali da lasciare la speranza che con i perfezionamenti di tecnica si possa arrivare a renderli durevoli ed anche definitivi.

I. P.

Arresto di un tumore maligno intracranico sotto i raggi X.

Alla Società Medico-Farmaceutica di Berna il dott. Steiger (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 10 marzo 1917) ha presentato una donna di 31 anni, la quale cinque mesi circa prima cominciò ad avere esoftalmo e trisma; quest'ultimo finì per ostacolare notevolmente l'alimentazione; in seguito il visus di destra prese a diminuire e si manifestarono ptosi palpebrale ed oftamoplegia; si notava gonfiore doloroso sull'arcata zigomatica destra. L'esame

ai raggi X dimostrò ingrandimento della sella. La diagnosi pencolava tra tumore dell'ipofisi e sarcoma della base del cranio: più probabile quest'ultimo.

Il tumore venne irradiato concentricamente con raggi filtrati durissimi, da 12 campi, dei quali se ne utilizzavano 3 per ogni seduta di 30 minuti; le sedute furono dapprima quotidiane; poi si succedettero alquanto irregolarmente, a intervalli di 1-3 giorni. Si sviluppò dermatite da raggi X, ma i sintomi dipendenti dal tumore subirono una regressione notevole. Dopo un'assenza inesplicabile di un mese della paziente, venne ripresa la cura, da tre soli campi. L'esoftalmo scomparve del tutto e l'occhio tornò quasi normale, sotto tutti gli aspetti, salvo nella forza visiva; le mascelle presero ad aprirsi da sè, fino all'estensione di 3 cm., senza sforzo; la paziente si presentava come perfettamente sana. R. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(879) *Preparazione dei fermenti lattici.* — Al dott. A. O., abb. n. 2027:

È necessario anzitutto avere una razza di fermento lattico selezionato, provvedendola presso i laboratori di batteriologia agraria, o anche da certe case produttrici di fermenti e di yoghourt. I passaggi culturali successivi per mantenerla in vita vanno fatti in latte o in siero di latte.

Per la preparazione del fermento a scopo terapeutico si insemenzano, con le comuni cautele batteriologiche dei tubi contenenti del siero di latte, tenendoli poi per 48 ore a temperatura sopra i 30° (preferibilmente 37°). In tal modo si ottiene la massima concentrazione dei fermenti. Le colture così ottenute possono consumarsi subito o anche conservarsi per qualche giorno, mantenendole a temperatura bassa (sotto i 10°). La dose può variare da 5 a 15 cmc. In tutte queste operazioni occorre sempre grande cura per evitare inquinamenti. FIL.

(880) Al dott. G. S., abbonato 2802:

F. CALOT, *L'ortopedia indispensabile al pratico.* F. Vallardi, Milano, L. 18. — CH. JULLIARD, *Les bandages, pansements et appareils chirurgicaux.* F. Alcan, éd. Paris, L. 10.

ini.

ERRATUM. — Per inavvertenza non erano state corrette le bozze della rivista pubblicata nel fascicolo scorso, a pag. 1315 e seguenti.

Pag. 1316, 4° capoverso, linea 1ª, leggere ***sin dai;*** linea 8ª, leggere *cenestopatie;* pag. 1318, 5° cap., linea quart'ultima, leggere ***acido tricloroacetico;*** linea terz'ultima, leggere *galvanocautere.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

Annuario bibliografico delle scienze mediche ed affini. A cura della biblioteca del laboratorio batteriologico della Direzione generale di Sanità - Direttore prof. dott. B. GOSIO. Anno I, 1916, vol. I, in-16° di pag. 382. Stabilimento tip. della Società delle Cartiere Centrali, via Appia Nuova, 234, Roma.

Era vivamente sentito il bisogno di un repertorio in cui si potessero rapidamente trovare le indicazioni dei diversi lavori pubblicati sopra un determinato argomento delle scienze mediche, risparmiando così il lavoro preliminare delle ricerche bibliografiche, sempre faticoso e troppo spesso incompleto. Molti anni fa il prof. Rossi-Doria aveva iniziato sul *Policlinico* la bibliografia medica italiana ordinata secondo la classificazione decimale; ma la pubblicazione si limitò a poche puntate.

Il Laboratorio batteriologico della Direzione di Sanità ha intrapreso ora un tale importante lavoro, acquistandosi così una nuova benemerenza presso gli studiosi. La produzione medica italiana è stata sistematicamente elencata in questo libro e disposta in un ampio indice alfabetico degli argomenti trattati. Precede l'elenco dei periodici consultati e viene da ultimo l'indice alfabetico degli autori.

Questa accurata pubblicazione, oltre a risultare di utilità troppo evidente per insistervi, dimostra anche la non trascurabile importanza del contributo italiano alle scienze mediche, ciò che deve essere per noi in questo risveglio delle energie nazionali, un motivo di vero compiacimento. L'iniziativa è dunque bella, degna di successo e merita di venire adeguatamente sviluppata.

E qui potremmo arrestare il nostro giudizio se, appunto in considerazione dell'importanza dell'opera e dell'alta competenza di chi l'ha ideata e la dirige, non ci sospingesse il desiderio di vedervi apportato qualche ritocco e perfezionamento.

Anzitutto l'elenco dei periodici dovrebbe venire completato, mancandone ancora alcuni, nè dovrebbero trascurarsi gli altri delle diverse Società ed Accademia, di cui pochissimi vi figurano, mentre costituiscono una produzione abbondante, destinata per lo più a rimanere ignorata. Inoltre, adottato il criterio di consultare anche la stampa politica, non si comprende la limitazione ai giornali romani, trascurando i più importanti di altre città, in cui pure si trovano interessanti articoli riguardanti la medicina (p. es. quelli del dott. Ry sul *Corriere della Sera*). Un criterio, che, ci sembra non ri-

sponda alla realtà dei fatti, è stato quello adottato per la classificazione degli autori, per cui viene considerato come autore, chi ha fatto il sunto od il resoconto di una data pubblicazione, anzichè il vero autore della stessa. Questo criterio si giustifica tutt'al più (trattandosi di bibliografia italiana) per le recensioni di lavori stranieri. Ne viene che vi sono dei nomi di recensionisti citati troppe volte.

Oltre ad un tale squilibrio, questo sistema porta addirittura ad attribuire ad un autore l'opera di un altro; così p. es. invano si cercherebbe il nome di P. Morello, che ha fatto una comunicazione all'Accademia medica di Roma sulla formazione del nucleo vescicolare: questa invece viene elencata sotto il nome di Baldoni, che della seduta dell'Accademia ha esteso il resoconto. In casi consimili è più opportuno riportare il nome dell'autore, trascurando quello del redattore.

Piccole correzioni e mende, dunque, che mentre non infirmano il valore dell'opera, potranno contribuire, a parer nostro, a renderla uno specchio fedele della produzione medica italiana. *Index.*

A. CAMBIASO. *Per la lotta contro la tubercolosi.*

Una relazione sul Dispensario Antitubercolare della R. Clinica Medica di Genova è uscita testè a cura del Direttore Prof. A. Cambiaso, docente in Malattie Polmonari presso quell'Università.

La relazione si estende ai 14 anni di vita del Dispensario, che, fondato nel 1903 dal sen. E. Maragliano, ebbe impulso e rigogliosa vita per opera dell'A.

L'A. tratta dei varî metodi curativi applicati nel Dispensario, mettendo in particolare rilievo l'importanza della terapia specifica, che nelle forme iniziali della tubercolosi trova la sua precisa e netta indicazione. L'A. a conferma cita oltre 23,000 casi da lui curati in 14 anni. Anche il pneumotorace artificiale ha dato all'A. efficaci risultati.

Oltremodo interessante è il problema della maternità nelle donne tubercolose — al riguardo la relazione precisa quando è opportunamente indicata l'interruzione della gravidanza: problema questo umanitario, non solo, ma della massima importanza sociale!

Inoltre l'A. tratta anche della Scrofolosi in rapporto alla tubercolosi, e indica le opportune cure, con le quali egli conseguì l'85 % di guarigioni durature.

In ultimo l'A. dimostra la grande utilità della vaccinazione antitubercolare come quella che impedirà all uomo di ammalarsi: unico mezzo che possa risolvere il grande problema umano e sociale. dott. P. CATTANEO.

VARIA.

L'inventore dell'obbiettivo a immersione.

Quando, per la morte di E. Hartnack nel 1891, il *Lancet* stampò che a quel fisico costruttore di Parigi si doveva la scoperta degli obbiettivi a immersione, il Martinotti, anatomopatologo all'Università di Bologna, scrisse che G. B. Amici di Modena era stato il primo a costruire obbiettivi nei quali venisse scientificamente applicato il principio della immersione ad acqua o con altri liquidi più rinfrangenti dell'acqua (1847). Nel 1850 ne mandava un saggio a Donders. Questa priorità d'altronde gli fu riconosciuta da Harting, da Dippel, da Abbe, da Chevalier ed ora ribadita da A. Ferrannini, nella *Riforma medica* (1917, 803).

L'Amici fu attivissimo ricercatore e fertilissimo ingegno: e se il suo nome è ricordato più comunemente per la *stria* nell'istologia della fibra muscolare o per la camera lucida da lui perfezionata e applicata al telescopio, il microscopio, alle arti belle, numerosi e importantissimi sono i suoi studi nel campo dell'ottica, dell'astronomia e della botanica. Appena laureato ingegnere nel 1808, a soli 22 anni era stato nominato professore di geometria e algebra nel liceo modenese, che, al ritorno degli Estensi, riprese il titolo e la dignità di Università. Nel 1812 costruiva il microscopio catadiottrico; parecchi anni dopo, mercè la costruzione delle lenti acromatiche mirava a ridurre al minimo nelle osservazioni microscopiche la poca nettezza delle imagini, dipendente dalla presenza di contorni variamente colorati per effetto dell'aberrazione cromatica.

Fondamentali furono — e non intendo perchè in queste rivendicazioni siano obliati — i suoi studi di botanica generale. Amici e Nobili, insieme collaborando, ripresero le osservazioni di Corti, discepolo e amico dello Spallanzani, nei mutamenti che i vari stimoli e le diverse condizioni imprimono al movimento del succo vegetale, specie nella *charà*.

Sperimentarono a preferenza con l'eccitazione elettrica e videro che questo agente sospende o scema la rotazione del protoplasma. E ciò quando la dottrina cellulare non era ancora una verità assiomatica. G. BILANCIONI.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ancora sulla questione delle levatrici.

Come abbiamo precedentemente accennato (v. num. 34), la questione delle levatrici non può venire risolta solamente limitando le loro attività ed impedendo qualsiasi sconfinamento dalle funzioni modeste, ma pure importanti, a cui possono venire adibite. Anche per queste la levatrice deve avere la necessaria capacità, come deve fornire le indispensabili garanzie di moralità. Parlare ancora di abolizione ci sembra ozioso, quando si consideri che in molti comuni non si potrebbe abolire... perchè non esiste nemmeno e le cure alle partorienti sono affidate alla *mammana*, la quale non possiede nemmeno la vernice del diploma.

Ad ogni modo le condizioni sono molto differenti nelle città (dove con il personale medico specializzato e con le ambulanze ostetriche, si può sempre provvedere, almeno teoricamente, all'assistenza ostetrica) e nelle campagne, dove, allo stato attuale delle cose, è affatto impossibile pensare che il medico condotto arrivi ad assistere tutte le partorienti ed è quindi necessario ricorrere nei casi normali all'opera della levatrice o di un *quid simile*.

Del resto in condizioni analoghe, se non forse peggiori, si trova l'assistenza ostetrica rurale agli Stati Uniti, in cui l'abolizione della levatrice viene strenuamente sostenuta. In un recente articolo editoriale del *Medical Record* (4 agosto) dal titolo suggestivo « Salvate le madri! » si tratta delle « condizioni prevalenti nei distretti rurali, in cui l'impossibilità di avere un medico si aggiunge spesso agli altri elementi del problema » e si insiste sul « gran bisogno di *nurses* rurali, oltre che di strade migliori per rendere più agevole, sia l'accesso al medico, sia il trasporto della partoriente ».

Ma per avere una brava levatrice, una buona *nurse*, bisogna impartirle le necessarie cognizioni. Occorre anzitutto che la donna possegga un grado di coltura superiore a quello dato dalla semplice licenza elementare: ci sembra che sarebbe necessaria almeno la licenza complementare.

Giustamente il prof. D. Barduzzi (*Avvenire sanitario*, 10 settembre) fa presente la convenienza che le Scuole di Ostetricia per le levatrici dipendano dal Ministero della Pubblica Istruzione, anzichè da quello degli Interni, poichè il primo dovrebbe razionalmente stabilire tutto ciò che si attiene all'ordinamento didattico, e l'altro concedere soltanto l'esercizio professionale in base ai risultati ottenuti negli studi.

I corsi, presso le scuole ostetriche, dovrebbero durare non meno di tre anni e fornire un insegnamento teorico e pratico su cui non riteniamo conveniente dilungarci, solo accennando che gli attuali programmi dovrebbero essere radicalmente riformati e che l'ultimo anno dovrebbe essere tutto dedicato al servizio di clinica.

E le cognizioni dovrebbero venire periodicamente rinfrescate, mediante corsi supplementari, come sono già in uso per i medici.

A queste riforme radicali bisogna ricorrere nella convinzione dell'alta e nobile missione di salvare la vita di tante madri e di tanti bambini.

Nè come accenna il prof. La Torre (*Pensiero Medico*, n. 23, e *Clinica ostetrica*, n. 14), bisogna trascurare la « poca dimestichezza che moltissimi medici hanno con la clinica ostetrica ». È un fatto che di errori ostetrici se ne commettono ed ognuno può, con la sua esperienza personale, ricordare... quelli dei colleghi, ma è un fatto altresì che negli umili casolari delle condotte rurali si compiono correntemente e con buoni risultati molte operazioni ostetriche. Ad ogni modo anche per i medici un indirizzo più largo dell'insegnamento dell'ostetricia, e forse più tecnico, sarebbe di notevole giovamento.

I. P.

Cronaca del movimento professionale.

Le dimissioni dell'on. Brunelli.

L'on. deputato Brunelli, in seguito ai voti manifestati dagli Ordini dei medici d'Italia contro il suo contegno politico, ha rassegnato, in data 17 corrente, le dimissioni da rappresentante degli Ordini dei medici al Consiglio superiore di sanità.

Nel dare la notizia non possiamo non applaudire alla sincerità di cui ha testè data prova l'on. Brunelli, il cui atteggiamento politico, per lo meno formalmente, era in aperto contrasto con i sentimenti dei medici italiani, che malgrado trenta mesi di disagi e di sacrifici d'interessi e di sangue, lottano con non diminuita fede per un'umanità migliore e per il prestigio dell'Italia.

Il nostro giornale si è mantenuto di proposito estraneo alle discussioni non sempre serene cui ha dato luogo la condotta politica dell'on. Brunelli, fiduciosi che egli, che tante benemerenze si è acquistato come organizzatore dei medici condotti ed infaticabile difensore dei loro diritti, avrebbe saputo convenientemente conciliare le sue idee con i sentimenti della gran massa della classe sanitaria. Ed il suo recente atto ci ha dato ragione.

Oggi che una feroce accozzaglia di barbari, sa-

pientemente guidata, ha invaso il sacro suolo della patria, più che esprimere la fiducia abbiamo la certezza che ogni dissenso sia pure teorico e formale cederà dinanzi alla suprema necessità di difendere la nostra indipendenza, la nostra libertà.

Trattamento degli ufficiali medici assegnati alle amministrazioni civili.

Una Circolare del Ministero della Guerra — che è riportata dal *Giornale Militare* — stabilisce che i medici militari comandati a prestar servizio in condotte medico-chirurgiche, il cui titolare abbia l'obbligo di provvedersi del mezzo di trasporto per il servizio delle campagne, ecc., debbano adempiere agli obblighi stessi, e le amministrazioni comunali dovranno corrispondere le speciali indennità stanziate nel bilancio. Il medico militare deve ricevere dal Comune la somma stanziata nel bilancio quale contribuzione dell'incarico, e il medico militare comandato al servizio civile ha l'obbligo di prestare il servizio, oltrechè nella condotta del comune il cui titolare è stato chiamato alle armi, anche come interino nelle condotte del comune o dei comuni viciniori, nei quali il titolare disimpegna pure il servizio. Di conseguenza della destinazione dei medici militari e del servizio civile l'amministrazione comunale è tenuta al rimborso delle spese per ciascuno sostenute dall'amministrazione militare, entro i limiti della disponibilità dei fondi stanziati in bilancio, per gli assegni del medico precettato e sostituito da quello militare.

Per la nomina a tenente medico.

Per la durata della guerra le disposizioni concernenti la nomina a tenente medico effettivo, emanate con decreto luogotenenziale 22 agosto 1915, sono estese agli ufficiali medici della Croce Rossa italiana e dei cavalieri del sovrano militare ordine di Malta, che abbiano i requisiti richiesti dal citato decreto per gli ufficali medici di complemento.

Per gli studi di medicina durante la guerra.

Siamo informati che è stata definitivamente decisa la chiusura dei corsi di medicina in Zona di guerra. A quanto ci vien riferito parrebbe che per impellenti necessità militari gli studenti di 5° e 6° anno di medicina rimarranno presso le guarnigioni alle quali appartengono salvo ad essere autorizzati, a suo tempo, ad andare a dare gli esami.

Gli studenti di 3° e 4° anno invece saranno inviati presso le rispettive Università a seguirvi i corsi ufficiali che saranno ben presto aperti.

Ci compiacciamo per il saggio provvedimento che contempera giustamente le necessità militari con le supreme esigenze della cultura medica.

Per gli studenti di medicina in servizio militare.

A complemento della notizia precedente, riferiamo che in seguito ad un'istanza presentata al Ministro della Guerra dagli on. Morisani, Sanarelli, Cucca, Perrone, Gargiulo, Adinolfi, V. Bianchi, Ciccotti, Mango, Lucci, Pozzi, Pansini, Pietravalle, Labriola, Girardi, Castellino, Basile, Finocchiaro, Chimienti, Campolattaro, Marciano, Scialoja, Caporali, Rodinò, Sandulli ed altri, per chiedere che gli studenti della Facoltà di medicina e chirurgia seguano i corsi delle Università nelle quali sono iscritti e non nella Università Castrense, il Ministro della Guerra on. Giardino dava la seguente comunicazione all'on. Morisani:

« Il Comando Supremo, in perfetto accordo col Ministero della P. I., ha stabilito di restituire in zona territoriale soltanto i militari della Compagnia di Sanità iscritti nel 3° e nel 4° anno della Facoltà medico-chirurgica per tutta la durata dell'anno accademico. Gli studenti stessi saranno trattenuti alle armi e perciò frequenteranno i corsi con regime militare, ciascuno nella R. Università nella quale si trova già iscritto ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7035) *Medici che lasciano il servizio di condotta - Rimborsi da parte della Cassa di previdenza.* — Dott. U. L. M. da R. — Ai medici condotti che lasciano il servizio dopo dieci anni perchè inabili a continuarlo, viene liquidata una indennità pagabile una volta tanto in base alla pensione che sarebbe spettata se si fosse in quel momento acquistato il relativo diritto. L'invito a Lei notificato è, a nostro avviso, dovuto al fatto che avendo la Cassa rilevato l'abbandono della iscrizione ha creduto doveroso farle presente il diritto che avrebbe avuto di chiedere la indennità, sempre che si fosse trovata nei termini prescritti per ottenerla. Di qui la necessità di provare la inabilità a continuare il servizio. Altri rimborsi non si concedono.

(7036) *Obblighi di cura gratuita.* — Dott. G. D. S. da O. C. — L'operaio infortunato in altro Comune ha diritto alla cura medica nel suo paese di origine, giacchè gli obblighi di assistenza e di cura sanitaria pei poveri non si riportano al luogo ove l'infermità si manifesta ma bensì a quello cui appartiene l'infermo. L'industriale ha compiuto il suo dovere mandandole a pagare l'importo dei certificati relativi all'infortunio medesimo.

(7037) *Pensioni.* — Dott. S. R. da M. — La domanda per la liquidazione della pensione deve essere avanzata quando le dimissioni saranno accettate dal Consiglio comunale. Circa l'epoca in cui le dimissioni debbono essere presentate occorre consultare il capitolato per stabilire se esso indica apposito termine. Se non ve ne è alcuno, bisognerà pur lasciare al Comune un po' di tempo per provvedersi di altro sanitario. Ordinariamente si lascia un mese di intervallo fra la data della esibizione delle dimissioni e quella stabilita per lasciare il servizio. Non è vero che con Decreto Luogotenenziale fu ordinato che durante la guerra non si liquidano pensioni.

(7038) *Pensioni.* — Dott. V. G. da C. — Alle condizioni esposte liquiderà l'annua pensione di L. 748. Ottenendo la nomina ad ufficiale sanitario potrebbe rimanere ancora inscritto alla Cassa di previdenza. Se ottenesse, però, la nomina a medico condotto interino in altro Comune il relativo periodo di

servizio sarebbe utile unicamente per affrettare l'acquisto del diritto a pensione ma non sarebbe calcolato nella liquidazione effettiva di questa. Non risulta che si intendano apportare modificazioni alla vigente legge sulle pensioni in modo da elevare l'ammontare degli assegni. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4866:

Con l'ultima promozione furon nominati maggiori i capitani con anzianità del *2 gennaio 1915*.

Il collega quindi è abbastanza vicino alla promozione, se si faranno nuovi avanzamenti.

All'abb. n. 2198:

Potrà venir richiamato se il suo esonero venga abolito.

All'abb. n. 1290:

In base alle circolari ministeriali che concernono gli ufficiali medici della Sanità militare, il collega non essendo abile incondizionatamente, non potrebbe essere promosso.

Al prof. F. B. L., Zona di guerra:

Sono disposizioni di indole interna della benemerita Associazione, che non hanno riscontro in quelle che disciplinano il corpo degli ufficiali della Sanità militare.

All'abb. n. 8314:

L'anzianità conseguita con la nomina ad ufficiale effettivo non può esser modificata in base a fatti precedenti a detta nomina.

La circolare 392 del '17 a cui sembra accennare il collega, non contempla poi i 12 mesi di zona di guerra come titolo per la promozione, ma i 4 mesi e l'anzianità dell'ufficiale, che deve essere eguale a quella dei colleghi effettivi in promozione.

All'abb. n. 3215:

Per aver diritto alla promozione occorre di aver trascorso almeno quattro mesi presso *truppe operanti*. L'ospedale di Cremona, per quanto contumaciale, non può essere ritenuto tale.

Al dott. P. A. da G.:

Si è già ripetutamente annunziato che la recente chiamata a visita dei riformati riguarda i militari di truppa e non gli ufficiali.

Il collega ne è quindi escluso.

All'abb. n. 5481:

Durante il periodo dell'esonero non possono aver luogo proposte di avanzamento.

All'abb. n. 6825:

L'anzianità nel grado comincia col 20 luglio (data del Decreto). Per la promozione, quando il collega abbia compiuti i quindici anni di laurea, potrà farne regolare domanda al Ministero in base alla circolare 734, G. M. 1916.

All'abb. n. 7139:

Data la sua inabilità non potrà avere che il grado di sottotenente.

Lo stipendio decorre dalla data di nomina.

All'abb. n. 1097:

Trattasi di una disposizione che ancora nessuno sa come verrà applicata. A rigor di termini avendo il collega prestato servizio di assimilato, non sembrerebbe che dovesse pagare la nuova imposta.

All'abb. n. 9125:

Gli aspiranti sono considerati come ufficiali e non dovrebbero pertanto esser soggetti alla visita attualmente indetta a Firenze pei soli militari di truppa.

Al dott. G. M. da P.:

In zona territoriale solo i *feriti* hanno diritto alla continuazione dell'indennità di guerra ed a non pagare la retta ospitaliera.

Negli ospedali da campo tale trattamento è esteso anche ai malati purchè risultino infermi per cause di servizio.

All'abb. n. 6020:

Se possiede l'anzianità di tenente dal 2 agosto 1915 e trovasi in zona di guerra, il collega può già essere promosso al grado di capitano.

All'abb. n. 2028:

Dovendo, al termine del periodo di congedo, venir nuovamente mobilitato, il collega dovrà essere sottoposto a visita dalla Commissione di Firenze.

Al dott. L. C. da T. d. P.:

Non può rinunziare alla condotta, senza perdere il diritto all'esonero che ha avuto per esercitarla.

All'abb. n. 8531:

L'avvicendamento per ora non è concesso che ai medici che hanno compiuto il 40° anno di età, e che da più di un anno si trovano in zona di guerra.

Evidentemente il Ministro ha dato nella sua risposta all'on. interrogante un semplice affidamento che si sarebbe studiato il modo di avvicendare anche quelli che contano solo 39 anni, ma per ora nessuna disposizione è stata data in proposito.

Al dott. V. F., Zona di guerra:

Il limite di anzianità nel quale debbono trovarsi i tenenti medici per esser messi sul quadro di avanzamento è ora: 1° maggio 1916.

All'abb. n. 8306:

Non esiste una circolare che stabilisca l'anzianità che debbono avere gli ufficiali della Croce Rossa per la promozione.

Esiste bensì una lettera che il Ministero indirizzò a suo tempo alla Presidenza della Croce Rossa nella quale si prescriveva che gli ufficiali superiori della benemerita Associazione fossero, nelle promozioni, assimilati completamente a quelli della Sanità militare.

A lei spetta di pieno diritto la promozione.

Al dott. E. P. 51:

Il quesito esubera dalle competenze di questa rubrica. Si tratta di una vera e propria richiesta di consulenza legale in soggetto amministrativo.

Del resto prestando il collega servizio presso un Ospedale della Croce Rossa è ovvio che per ogni suo reclamo dovrà rivolgersi al Comitato Centrale della Benemerita Associazione.

Al dott. F. J. da N.:

Presentatosi al Distretto, se non ritiene di essere abile può, insieme con la domanda per avere il grado di ufficiale, chiedere di essere sottoposto a visita collegiale.

Anche se idoneo alle fatiche di guerra, possono esser fatte le pratiche per l'esonero. Questo deve essere chiesto dall'Autorità Prefettizia. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Giovane medico mutilato in guerra gamba sinistra terzo medio, cercherebbe posto in clinica privata, casa di salute ecc., adeguata ricompensa. Scrivere dott. Laino, Villa Mirafiori, Viale Nomentana, Roma.

Chirurgo ospedale regione malsana cerca posto equivalente località salubre. Per offerte dirigersi al sig. Enrico Matteuzzi - Bologna - Via Orfeo, 20.

R. Istituto Veneto di scienze lettere ed arti di Venezia.

Concorsi a premio proclamati nell'adunanza solenne del 27 maggio 1917.

Premio di fondazione Balbi-Valier per il progresso delle scienze mediche e chirurgiche. — Sarà conferito un premio d'italiane lire 6000 all'italiano « che avrà fatto progredire nel biennio 1916-1917 le « scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione « di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che « valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblican- « do qualche opera di sommo pregio ».

Il premio è fuori concorso. Scadenza a tutto il 31 dicembre 1917.

Avvertenza. — Sebbene il premio sia fuori concorso, è sempre ammessa la presentazione di lavori su cui richiamare l'attenzione della Commissione giudicatrice.

Il premio non può essere conferito ai membri effettivi del R. Istituto Veneto.

Premio di fondazione Angelo Minich. — *Concorso pel triennio* 1916-1918. — *Correlazioni funzionali delle glandule a secrezione interna. Contributi sperimentali, chimici ed anatomo-patologici.* — Il concorso resta aperto a tutto il 31 dicembre 1918. Il premio è di lire 5000.

Discipline relative a questo premio di fondazione Minich. — Al concorso non possono partecipare che italiani, e vi sono ammessi pure i soci corrispondenti del R. Istituto.

Le Memorie dovranno essere scritte in lingua italiana.

Le altre discipline inerenti alle modalità di questo concorso sono comuni a quelle dei concorsi di Fondazione Querini e di Fondazione Cavalli.

Premio Angelo Minich. — *Concorso pel triennio* 1917-1919, *proposto nell'adunanza del* 25 *marzo* 1917. — È aperto un concorso, *riservato ai soli cittadini italiani*, per i migliori apparecchi artificiali originali, od anche, se già conosciuti o in uso, notevolmente modificati o perfezionati, atti a rendere meno gravi le condizioni dei mutilati.

Il concorso rimane aperto a tutto il 31 dicembre 1919. Al premio di lire *cinquemila* assegnato dal R. Istituto, sono aggiunte altre lire *cinquemila*, per generosa oblazione del benemerito cittadino americano R. L. Cottenet. Il premio quindi risulta di L. 10.000.

Avvertenza generale. — L'importo di Ricchezza Mobile è a carico dei premiati.

ALBO D'ORO.

Ricompense al valore militare per la campagna di di guerra 1915-1916.

MEDAGLIA D'ARGENTO.

Rellini Guido, da Roma, tenente medico reggimento bersaglieri. — Sprezzante del pericolo, con mirabile abnegazione seguiva il proprio reparto in difficili posizioni, prestando serena ed efficace l'opera sua a numerosissimi feriti, che, poi, con intelligenti sforzi, faceva sgombrare in luogo sicuro. Raggiungeva quindi, di propria iniziativa e da solo, il suo reparto in una zona intensamente battuta dal fuoco avversario, e portatosi lungo la linea proseguiva instancabile nell'opera di soccorso ai feriti del proprio e di altri battaglioni. Restava sul posto durante due fieri attacchi nemici, per riparare ed avviare al sicuro i feriti, scegliendo in tempo giusto e con perfetta intuizione, le più opportune strade, sì che a lui si deve la salvezza di molti ufficiali e di numerosi altri militari di truppa. — Monte San Michele, 20-21 luglio 1915.

Musto Pasquale, da Ripacandida (Potenza), tenente medico reggimento fanteria. — Tenente medico di battaglione, rimasto ferito di pallottola alla gamba sinistra nelle prime ore del mattino, continuò a prestare l'opera sua attivissima durante l'intera giornata di combatimento, ritirandosi dal posto di medicazione solo a notte fatta. — Nad Logem, 12 agosto 1916.

Benelli Aldo, da Pistoia (Firenze), sottotenente medico complemento reggimento fanteria. — Instancabile nel disimpegno del suo servizio, medicava numerosissimi feriti con calma e coraggio, sotto il grandinare dei priettili dell'artiglieria nemica. Sebbene febbricitante e contuso al braccio sinistro da un fondello di shrapnel, continuava, con mirabile calma ed abnegazione, a disimpegnare le sue mansioni. — Monte Pasubio, 1°-2 luglio 1916.

De Stephanis cav. Giuseppe, da Popoli (Aquila), maggiore medico comando divisione cavalleria. — In varie giornate di aspro combattimento, quale capo ufficio di sanità, con instancabile attività, slancio e valore, provvide al perfetto funzionamento del servizio da lui diretto. Fu sempre presente operosamente dovunque, giorno e notte sulla linea del fuoco ai posti di medicazione, alla sezione di sanità, e, sebbene ferito leggermente ad un braccio, non cessò di moltiplicarsi, dando prova di competenza tecnica e mirabile coraggio. — Monfalcone, 14-17 maggio 1916.

Mazzuoli Galileo, da Poggibonsi (Siena), capitano medico complemento reggimento fanteria. — Ferito mentre provvedeva alla raccolta ed alla medicazione dei feriti in combattimento, dimostrava serenità e calma veramente ammirevoli, e, nonostante la gravità del suo stato, trovava ancora la forza d'animo d'incitare i vicini a compiere il loro dovere. — Camporovere, 27 giugno 1916.

Bergnoier George Jean, da Landiras (Gironde) (Francia), medico 1ª classe reggimento artiglieria

campagna francese. — Avvisato per telefono che vi era un ferito grave alla batteria 105, senza attendere ordini, e quantunque si trattasse di un reparto non appartenente al suo reggimento, si recava sollecitamente presso la batteria e, noncurante del pericolo, rimaneva quattro ore sulla posizione violentemente bombardata, curando i feriti ed assistendoli con amore ed abnegazione, finchè giunsero i mezzi occorrenti per il loro sgombero. — Kara Orman, 24 settembre 1916.

Meneghetti Egidio, da Verona, sottotenente medico reggimento fanteria. — In tutta l'azione svolta dal reggimento, si distinse per altissima abnegazione ed esemplare coraggio nel disimpegno delle proprie mansioni, recandosi, senza badare al pericolo, là dove la sua opera poteva riuscire più opportuna, incoraggiando e sostenendo, con l'esempio, i portaferiti a compiere, nonostante le difficoltà di ogni genere, la pietosa missione, mantenendo, con magnifica tenacia, il posto di medicazione ad immediato contatto della linea di combattimento. — Oslavia (quota 188), 6-8 agosto 1916.

Perazzolo Silvio, da Monteforte d'Alpone (Verona), capitano medico reggimento faneria. — Sotto i intenso bombardamento nemico, adempiva con calma e coraggio il proprio mandato; ferito da scheggia di granata, rimaneva al suo posto. Ordinato il ripiegamento volle rimanere fino all'ultimo, chiedendo di ritornare con l'ultimo reparto. — Vanza, 15-18 maggio 1916.

Piazzi Renzo, da Milano, tenente medico territoriale reggimento alpini. — Già segnalatosi per ardimento in più circostanze, durante un violento bombardamento nemico, anzichè porsi al riparo presso il posto di medicazione, volle rimanere di proposito presso la truppa che si trovava in pericolosa situazione. Colpito da scheggia di granata, cadeva eroicamente. — Frane di Kozliak (Monte Nero), 8 agosto 1916.

Medaglia di bronzo.

Cuturi Giorgio, da Pisa, tenente medico complemento reggimento fanteria. — Ufficiale medico di battaglione, in ripetuti combattimenti dimostrò serenità e coraggio. In una speciale circostanza seppe, con fermo contegno, ristabilire la calma in un gruppo di militari scossi per lo scoppio di tre grosse granate, che avevano ucciso e ferito numerosi soldati in due ricoveri adiacenti al posto di medicazione. — Oslavia, 15-16 gennaio 1916.

Eboli Gaetano, da Sanza (Salerno), tenente medico Croce Rossa. — Comandante di una sezione di sanità, durante un combattimento si portava, coi suoi uomini, in posizione vicina alla località dell'azione, mantenendosi calmo e sereno sotto l'intenso bombardamento nemico. — Passo Cavallo, 26 marzo 1916.

Gatti Giovanni, da Montù Beccaria (Pavia), sottotenente medico complemento sezione sanità divisione fanteria. — Incaricato della disinfezione delle trincee, avendo constatato fuori di queste la presenza di un cadavere che emanava cattive esalazioni, prima di esporre i suoi uomini al tiro della vicina trincea nemica, incurante del pericolo, uscì da solo per assicurarsi se era possibile recuperare il cadavere, togliendolo dal reticolato in cui trovavasi impigliato: operazione che fu eseguita nella notte successiva. Dava così bell'esempio di coraggio e sangue freddo. — Zagora, 24 marzo 1916.

Legorini Mario, da Lodi (Milano), sottotenente medico complemento reggimento alpini. — Durante un intenso bombardamento nemico esercitò la sua opera di sanitario con calma esemplare in località soggetta al fuoco, accorrendo anche sui luoghi più battuti, pel soccorso immediato ai feriti più gravi. — Pal Grande, 19 marzo 1916.

NOTIZIE DIVERSE

Il Congresso di Medicina Interna.

che doveva aver luogo a Verona dal 29 al 31 c. m., è stato rinviato a quando sarà possibile l'intervento di un maggior numero di ufficiali medici.

Medici prigionieri ritornati in italia.

Capitani medici: Gambazzo Mario da Sassari, Perilli Guido da Benevento, Petitto Carlo da Benevento, Sassoli Ernesto da Nocera Inferiore.

Tenenti medici: Baronio Dario da Varese Ligure, Vitali Camillo da Napoli, Roccatagliata Mario da Napoli, Rebeschini Aldo da Asiago, La Villa Girolamo da Caltanissetta, De Gregorio Gregorio da Varese Ligure, Fochi Enrico da Modena.

Sottotenenti medici: Anfora Federico da Napoli, Mauro Mario da Napoli, Acconci Enrico da Pistoia, Varese Giuseppe da Verona, Menditto Stefano da Nocera Inferiore, Ventrame Benedetto da Roma, Calvi Giulio da Edolo, Ronca Fabio da Torre Annunziata, Quenta Enrico da Bergamo, Sica Federico da Napoli, Giulietti da Rema, Ancona da Treviso.

Aspirante medico: Mascioli Enrico da Padova.

(Dal *Medico condotto*).

* * *

Per quanto risulta alla Presidenza della Federazione degli Ordini medici i nostri colleghi tornati di prigionia non si lamentano del trattamento ricevuto, ma confermano le privazioni e le sofferenze fisiche e le angherie disciplinari, spesso inumane, inflitte dall'Austria ai militari di truppa italiana prigionieri. Tali cattivi trattamenti son quei medesimi che la stampa quotidiana, sulle testimonianze dei reduci, ha illustrate ampiamente.

Risulta anche che più di una volta i nostri soldati, appena fatti prigionieri, furono immediatamente costretti a partecipare al trasporto dei rifornimenti, munizioni e viveri, alle prime linee nemiche. Tale metodo, come tutti sanno, è un'altra delle

« specialità » belliche dei nostri nemici di Austria e di Germania ed è contrario tanto al diritto delle genti quanto alle esplicite convenzioni internazionali stipulate tra tutte le nazioni civili.

Per la cura dei militari invalidi.

Sono istituiti nelle sedi di Torino, Pavia, Milano, Rapallo, Parma, Verona, Padova, Venezia, Modena, Camerino, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Cagliari, speciali centri fisioterapici militari per la precoce cura dei postumi di lesioni traumatiche, determinanti invalidità temporanee.

Riporteremo prossimamente la circolare relativa della Direzione di Sanità Militare.

Per la visita sanitaria agli iscritti della leva marittima.

Il Decreto Luogotenenziale n. 1603 reca le disposizioni per la visita sanitaria degli inscritti alla leva marittima e dei già riformati, chiamati a nuova visita; esso dispone quanto appresso:

Art. 1. — Durante l'attuale periodo della guerra, nelle visite sanitarie degli inscritti della leva marittima e dei già riformati chiamati a nuova visita, si applica l'elenco delle imperfezioni ed infermità che sono causa d'inabilità assoluta o temporanea al servizio militare del R. esercito, approvato con decreto Luogotenenziale 22 luglio 1917, n. 1156.

Art. 2. — Gli inscritti di leva marittima ed i già riformati, i quali siano riconosciuti affetti da talune delle imperfezioni od infermità indicate nell'allegato *B* del citato decreto Luogotenenziale 22 luglio 1917, n. 1156, saranno classificati nei ruoli costieri e destinati a servizi sedentari in modo permanente.

Quelli affetti dall'infermità indicata al n. 5 (tracoma) del detto allegato *B* saranno lasciati al R. esercito, per prestare servizio in speciali riparti di truppa.

La progettata trasformazione dell'Ospedale Ghislieri in Pavia.

Sin dal maggio 1915 il grandioso Collegio Ghislieri di Pavia era stato trasformato in ospedale modello, con largo concorso della beneficenza cittadina, per accogliere e curare i nostri soldati feriti o malati reduci dal fronte. Ora le autorità sanitarie militari hanno progettato la trasformazione dell'Ospedale in ricovero tracomatosi. Il Comune ed il Collegio hanno fatto diretto ricorso al Ministero della Guerra ed al Re, quale patrono del Collegio, perchè non sia attuato questo progetto, il quale frusterebbe gli scopi generosamente propostisi dalla carità cittadina nel preparare e sistemare il Collegio Ghislieri. Le autorità militari, convinte delle motivazioni addotte nei ricorsi, stanno studiando i provvedimenti per costituire il ricovero dei tracomatosi in Pavia senza sopprimere l'Ospedale Ghislieri. Gli avvenimenti militari hanno fatto sospendere, temporaneamente, ogni deliberazione al riguardo.

Scuola per tignosi a Milano.

Su area annessa alla Sezione Dermosifilopatica dell'Ospedale in via Pace a Milano, in seguito ad accordi interceduti fra il Comune e l'Amministrazione degli Istituti Ospedalieri, è sorta una Scuola-baracca per l'istruzione primaria dei bambini affetti da tigna; sarà frequentata così da bambini ricoverati nell'Ospedale come ambulatoriamente.

Un paranoico omicida ha spento la nobile esistenza di ACHILLE BALLORI.

Per lunghi anni le sorti degli Ospedali Riuniti di Roma furono legate all'insigne sanitario. La sua abnegazione fattiva, le sue doti d'intelletto e di cuore, gli conquistarono la gratitudine commossa della cittadinanza romana e valsero a conferire una crescente efficienza all'istituzione da lui retta. Nella vita pubblica quale consigliere e assessore comunale fu un apostolo del dovere, assertore di patriottismo, esempio di rettitudine, di generosità, di tolleranza. Era investito di un'alta carica nella Massoneria, della quale faceva parte sin da quando frequentava i corsi di medicina presso la Università di Pisa.

Prossimo ai 70 anni, si manteneva solerte ed attivo come nei suoi anni migliori.

Un'altra volta si era attentato alla sua vita da un pazzo tubercolotico dimesso dall'Ospedale di S. Spirito; una suora lo aveva coperto col suo petto rimanendo ferita mortalmente.

La perdita di un uomo così benemerito è stata appresa con rammarico dalla cittadinanza romana ed è profondamente sentita dalla famiglia medica, che Egli onorava.

Indice alfabetico per materie.

Convegno medico idroclimatologico . . *Pag.* 1341
Ferite cranio-encefaliche: intervento chirurgico . . . . » 1340
Ferite dei centri nervosi: complicazioni pleuro-polmonari . . . . » 1343
Ferite infette: trattamento . . . . . » 1333
Fermenti lattici: preparazione . . . . » 1365
Infanzia: tutela . . . . » 1338
Levatrici; ancora sulla questione delle — *Pag.* 1347
Malaria nei combattenti: cura chininica per ipodermoclisi . . . . » 1329
Traumatismi di guerra, causa di decalcificazione . . . . » 1343
Tumori maligni: trattamento con i raggi X . . . . » 1344

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali — L. Pozzi, *resp.*
(24)

Anno XXIV. *Roma, 11 novembre 1917* Fasc. 46.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

Lavori originali: L. Roncoroni: Nota sulle sincinesie. — **Osservazioni cliniche:** P. D'Alessandria: Nota clinica sulla cura in primo tempo delle ferite intrarticolari del gomito. — **Conferenze:** G. Jona: Dieta ospedaliera senz'alcool. — **Sunti e Rassegne:** Sebastiani: Gli insegnamenti chirurgici della guerra europea.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA E TERAPIA: La diagnosi della tubercolosi polmonare iniziale. — I segni della pleurite dell'apice e loro importanza nella diagnosi della tubercolosi polmonare nell'adulto. — Tubercolosi delle ghiandole bronchiali e tubercolosi polmonare. — Il valore diagnostico dei tubercoli nelle coroidi. — Tubercolosi polmonare e pneumotorace artificiale. — **Medicina sociale:** Bisogna sorvegliare la rieducazione del cammino nei feriti degli arti inferiori. — **Cenni bibliografici.**

Nella vita professionale: Per la resistenza interna e per la vittoria. — Cronaca del movimento professionale. — **Amministrazione sanitaria:** Centri fisioterapici per il recupero degli invalidi temporanei. — Certificati medici agli operai militarizzati. — **Medicina sociale:** L'assistenza ai riformati per tubercolosi. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

LAVORI ORIGINALI.

Nota sulle sincinesie.

Prof. LUIGI RONCORONI,
direttore della clinica delle malattie mentali e nervose nella R. Università di Parma.

Pierre Marie e Ch. Foix (*Les syncinésies des émiplégiques. Revue neurol.*, 1916) distinguono tre tipi di sincinesie:

1° le sincinesie globali; esse fanno parte dei fenomeni di spasmo, come le contratture e l'esagerazione dei riflessi; anzi esse sono strettamente legate alle contratture, di cui in alcuni casi fanno parte integrante e all'ipertonia e non sono che l'esagerazione patologica di un fenomeno che esiste anche normalmente. Queste sincinesie globali, o spasmodiche si producono negli arti lesi quando gli arti sani fanno un movimento energico, con sforzo, il quale si determina più facilmente quando ci si opponga al movimento dell'arto sano; per esse l'arto superiore si pone in contrattura di flessione (più raramente di estensione) e l'inferiore in contrattura di estensione (più raramente di flessione). Generalmente la faccia resta immobile;

2° le sincinesie di imitazione: sono rare e consistono nel fatto che il soggetto, quando fa

un movimento da un lato (ammalato o sano), imita il movimento dall'altro lato (rispettivamente sano od ammalato). Esse si trovano quindi tanto dal lato sano che dall'ammalato; così certi ammalati hanno tendenza a facilitare l'esecuzione dei loro movimenti da un lato colla esecuzione subcosciente del movimento identico dall'altro lato. Ad es., se si ordina ad un ammalato di flettere o di estendere le dita paralizzate, lo vediamo in qualche caso eseguire il movimento colle dita sane. Questo tipo di sincinesie quando si manifesta dal lato leso al sano può trovarsi nelle forme più varie (emiplegie banali, emiplegie infantili, emicoree, emiatetosi, idioti, ecc.); può essere inibito dalla volontà ed è in relazione col fatto che un movimento da un lato favorisce lo stesso movimento dall'altro lato; la debolezza motrice lo favorisce; si ha per lesioni piramidali e non piramidali.

Le sincinesie di imitazione che si manifestano invece dal lato sano al lato leso, come quando, ordinando all'ammalato di flettere o di estendere le dita sane, si vedono accennarsi gli stessi movimenti alle dita paralizzate, si trovano nelle emiplegie infantili, nelle forme di Little, nelle emiplegie leggiere degli adulti, per lo più accompagnate da emianestesia e da emicorea e mancano quasi sempre nelle emiplegie banali; si trovano insomma nelle forme leggiere dei bambini e degli adulti in cui prevalgono i fatti di eccitamento a quelli di paralisi; questo tipo di sincinesia può essere inibito dalla volontà in misura notevole e costituisce come nella modalità precedente, l'esagerazione patologica della tendenza naturale dell'uomo ai movimenti simmetrici; può trovarsi per lesioni dei gangli centrali e più specialmente del talamo ottico, ma anche del cervello e del bulbo;

3° le sincinesie di coordinazione: In esse la contrazione volontaria di certi gruppi muscolari determina la contrazione involontaria di gruppi muscolari funzionalmente sinergici; sono movimenti coniugati, secondo l'espressione di Babinski e Jarkowski.

Esse possono trovarsi:

a) in un sol membro, ad es. l'inferiore, come nel *fenomeno di Strümpell* (flettendo la gamba sulla coscia, si ha flessione dorsale del piede, movimento che l'ammalato non può fare volontariamente); nella *sincinesia di raccorciamento*, per cui, raccorciando un segmento, la coscia sul bacino, o la gamba sulla coscia, si ha l'accorciamento ossia la flessione del piede sulla gamba, talora accompagnata da abduzione dell'arto; nella *sincinesia di allungamento*, con allungamento globale dell'arto quando si allunga uno dei segmenti. Quasi sempre però l'ammalato può dissociare meglio volontariamente l'allungamento che il raccorciamento.

(2)

Le sincinesie di coordinazione possono anche trovarsi nel solo membro superiore, ma in questo sono più difficili a mettersi in evidenza;

b) in più membra: Sono molto più rare che le precedenti. Pierre Marie e G. Foix ricordano a questo proposito l'allungamento crociato sincinetico per cui, se l'ammalato flette energicamente il piede sulla gamba sana, si vede allungarsi il piede dal lato emiplegico; ma questo fatto mi sembra possa interpretarsi come una sincinesia globale in estensione, che del resto è la più frequente nell'arto inferiore. Si nota anche il fenomeno di Hoover, nel quale, essendo l'ammalato supino, se solleva l'arto inferiore sano, egli appoggia fortemente sul piano del letto il piede ammalato. I due fenomeni di Raimiste rientrerebbero pure nel quadro delle sincinesie di coordinazione;

c) nel tronco e nelle membra, come nel fenomeno di Babinski della flessione combinata della coscia e del bacino; nel fenomeno di Leri, per cui, se un emiplegico piega il corpo in avanti, il ginocchio del lato paralizzato si piega;

d) nella testa e nelle membra, come nel fenomeno di Magnus e de Klein, per cui, volgendo la faccia da un lato, l'arto verso cui vien voltata la faccia si pone in estensione, mentre l'arto verso il quale è voltato il cranio si pone in flessione. Così, estendendo o flettendo il capo, si ha una modificazione simmetrica dell'attitudine delle membra, nello stesso senso dell'attitudine del capo. Negli emiplegici il fenomeno è limitato al membro paralitico, che si estende quando la faccia lo guarda e si flette quando la faccia guarda dall'altro lato.

Notiamo di passaggio che le diverse sincinesie in alcuni ammalati si possono fondere dando luogo a fenomeni complessi.

Le sincinesie di coordinazione sono un sintomo di emiplegia banale ed espressione di lesione del fascio piramidale. Esse dipendono, secondo i citati autori, dal funzionamento automatico del midollo spinale, liberato, esagerato e messo in luce dalla soppressione del controllo dei centri superiori; sono adunque funzione dell'automatismo midollare, nello stesso modo come i riflessi di automatismo, coi quali sono in istretto rapporto.

Così, analizzando il fenomeno di Strümpell, P. Marie e Foix trovano che non è dovuto, come vorrebbero Babinski e Jarkowski, in parte al rilasciamento dei muscoli gemelli e in parte alla trazione esercitata sul muscolo tibiale an-

teriore dall'aponeurosi della gamba, ma che è provocato da un fenomeno di contrazione attiva ed associata del muscolo tibiale anteriore, dovuta ad automatismo midollare. Si tratta di movimenti attivi associati che possiedono il loro fondamento nello stato normale.

Del resto tutti e tre i gruppi di sincinesie hanno il loro fondamento normale: per le globali, è facile notare che un soggetto normale, quando fa uno sforzo, mette in leggiera tensione, con ipertonia, tutto l'apparato muscolare; su questo fatto è fondato l'artificio di Jendrassik. Per le sincinesie di imitazione, è notevole il fatto che normalmente è assai difficile, e per certi soggetti impossibile, eseguire simultaneamente certi movimenti asimmetrici (in senso inverso), mentre sono facilmente eseguiti i movimenti simmetrici. Più facile è mettere in luce, secondo i citati autori, il fondamento normale delle sincinesie di coordinazione; nell'andatura si ritrova facilmente la sincinesia di raccorciamento, come pure quella di allungamento.

Ma se tutti e tre i gruppi di sincinesie hanno il loro fondamento normale, e se tutte e tre si esagerano nelle affezioni organiche del fascio laterale, tuttavia le condizioni patologiche nelle quali il fatto si produce non sono uguali e quindi per Pierre Marie e G. Foix il significato non è identico.

Come vedemmo, le sincinesie globali sono strettamente legate alle contratture: le sincinesie di coordinazione dipendono dal funzionamento automatico del midollo spinale e quanto alle sincinesie di imitazione, del resto rare, si può dire che esse poggiano sulla tendenza naturale dell'uomo ai movimenti simmetrici.

È noto che Westphal spiegava le sincinesie ammettendo che ciascun emisfero comandi ai due lati del corpo, però con preponderanza notevole del lato opposto; quando un emisfero è leso, l'emisfero sano dirige i due lati; il movimento comandato al lato sano lo è pure a quello ammalato, donde le sincinesie. Per Hitzig il midollo ammalato è divenuto assai ipersensibile ed è quindi abbassata la soglia delle eccitazioni che gli vengono dal lato sano per le vie commisurali; cosicchè, a uno stimolo del lato sano, reagisce anche il lato ammalato del midollo con un movimento più o meno analogo, donde le sincinesie. Stroehlin propone una teoria mista, avvicinandosi però più alla teoria di Hitzig che a quella di Westphal. Tuttavia, osserva giustamente Pierre Marie, alle sincinesie di coordinazione non è applicabile nè la teoria di Hitzig nè quella di Westphal, perchè nella maggior parte dei casi è un movimento del lato ammalato che determina la sincinesia, mentre il midollo sano e il cervello sano non intervengono qui in alcun modo, sebbene questa affermazione non mi sembri sicuramente provata.

P. Marie e Ch. Foix pensano quindi che si debba ammettere una genesi diversa per le varie sincinesie. Le globali sarebbero strettamente legate alle contratture; le sincinesie di coordinazione dipendono dal funzionamento automatico del midollo spinale, allo stesso modo come i riflessi di automatismo, coi quali sono in istretto rapporto; le sincinesie di imitazione poggiano sulla tendenza naturale dell'uomo ai movimenti simmetrici.

Le distinzioni e la critica di questi autori, giuste dal punto di vista della sintomatologia e opportune in quanto rivelano le differenze tra le varie categorie di sincinesie, non avvertono però la sostanziale unità che le riavvicina e che appare quando esse si considerino dal punto di vista della dottrina generale dei riflessi e degli automatismi, che deve essere posta a base di ogni dottrina scientifica intorno al funzionamento del sistema nervoso, dalle più basse alle più alte sue funzioni. Il concetto di considerare ogni funzione del sistema nervoso come riflessa non esclude la possibilità di punti di vista filosofici ed oserei dire anche religiosi diversi. È un errore quasi fatale che sembra imporsi necessariamente allo spirito, ma è tuttavia un errore il credere che il determinismo escluda le spontaneità, mentre non sono che due aspetti di una medesima realtà. Si intende che per ridurre la serie intera dei fenomeni nervosi a riflessi, il concetto di riflesso, nei suoi stretti limiti, quale ci viene attualmente insegnato dalla fisiologia, deve essere modificato e, da questo punto di vista si impone una revisione del concetto di riflesso, revisione che tenterò forse un giorno, insistendo sui rapporti intimi tra riflessi ed automatismi.

Dobbiamo in primo luogo ricordare che l'attività motrice corticale si esplica con due modalità: La dinamogenesi e l'inibizione: l'eccitamento d'una zona corticale motoria determina una contrazione dei muscoli da essa dipendenti e un'inibizione degli antagonisti (Hering e Sherrington); l'eccitazione di un gruppo muscolare è accompagnata dall'inibizione degli antagonisti; è noto che i fenomeni di inibizione sono comuni a tutte le parti del sistema nervoso. I fenomeni di eccitamento e di inibizione sono coordinati tra di loro in modo che l'eccitamento di certi centri determina l'inibizione di altri; quando la vescica è distesa, le pareti vengono stimolate a contrarsi, mentre il

centro dello sfintere è inibito. D'altra parte si possono avere fenomeni di coeccitazione: Se stringo fortemente il dinamometro, contraggo contemporaneamente i muscoli masseteri. È noto che, secondo Mann, la contrattura è dovuta all'azione delle fibre del fascio piramidale rimaste integre e alla mancata azione inibitrice delle fibre antagoniste; mentre l'ipotonia degli antagonisti dipende dalla mancata azione eccitatrice delle fibre motorie proprie e dalla azione inibitrice di quelle antagonista. Ciascun fascetto nervoso infatti darebbe fibre dinamogene, la cui eccitazione determina contrazione di un muscolo e fibre inibitrici pel muscolo antagonista.

In precedenti lavori abbiamo più volte insistito sul fatto che delle due attività, la dinamogena e l'inibitrice, quest'ultima risente per la prima e più profondamente le influenze morbose. Nella «Introduzione alla Clinica delle malattie nervose e mentali» e prima ancora nel «Trattato clinico dell'epilessia» abbiamo illustrato una legge che consta di tre momenti intimamente integrati tra loro: la maggiore alterabilità dei centri più evoluti; la diminuzione della loro azione inibitrice; l'insorgenza di automatismi.

Ma, limitandoci qui ai fatti motori, ricordiamo che è ormai generalmente ammesso che ciascun emisfero dà fibre eccitatrici omo-, ma sopratutto controlaterali, la cui azione è temporanea, come quella che è direttamente in rapporto all'atto, volontario o non, cosciente o non; e fibre inibitrici, omo-, ma sopratutto controlaterali, la cui azione si può concepire o come permanente, o come limitata ai periodi di tempo in cui si determina l'azione stimolatrice.

Dobbiamo anche notare che, nei centri spinali per gli arti inferiori prevale l'innervazione in estensione, sopratutto per l'articolazione del ginocchio, fatto dal quale dipende il modo di stabilirsi della contrattura nell'emiplegia; mentre per gli arti superiori prevale l'innervazione spinale in flessione; all'opposto nei centri corticali prevale per gli arti inferiori la innervazione in flessione e per i superiori in estensione.

Dobbiamo ancora qui ricordare che normalmente si riscontrano diverse forme di automatismo, che hanno probabilmente una sede diversa.

Vi è in primo luogo un automatismo di estensione per gli arti inferiori e di flessione per gli arti superiori. Sull'automatismo in estensione degli arti inferiori poggia la possibilità della stazione eretta e dell'andatura anche indipendentemente dall'intervento cosciente della volontà. Questo automatismo è legato al fatto della prevalenza della innervazione spinale in estensione per gli arti inferiori. Invece l'automatismo in flessione degli arti superiori è legato al fatto che l'innervazione spinale prevale in questi arti sui muscoli flessori. Questo automatismo è però normalmente dominato e inibito dall'azione inibitrice encefalica. La sede di questo automatismo è probabilmente spinale, quantunque non si possa escludere che possano contribuirvi i centri statico-deambulatori mesencefalici.

Quando un emisfero è leso, questo meccanismo automatico, non più frenato dall'azione inibitrice corticale, si rende libero e si manifestano così le sincinesie in estensione per l'arto inferiore ed in flessione per il superiore, le così dette sincinesie globali.

Un'altra forma di automatismo che ha le sue radici in condizioni affatto normali è l'automatismo di imitazione o di simmetria; quando noi facciamo un movimento da un lato, tendiamo a ripeterlo dal lato opposto; esso costituisce la regola nei bambini e può apparire assai frequentemente nei frenastenici, negli epilettici idiopatici, ecc.; nei neonati ogni movimento è per lo più bilaterale simmetrico. Nell'uomo adulto gli atti posti sotto il governo della volontà tendono a diventare meno simmetrici e quindi i movimenti più unilaterali. Ma quando un emisfero è leso, l'automatismo di simmetria tende di nuovo a farsi manifesto, perchè i meccanismi a traverso i quali si esercita la volontà sono lesi, e si originano così le sincinesie di imitazione dal lato sano verso il leso e viceversa. Dal punto di vista anatomico, questo automatismo ha probabilmente un rapporto col fatto che l'innervazione corticale è nello stesso tempo omolaterale e controlaterale, per quanto prevalga la controlaterale. È vero che le sincinesie di imitazione dal lato sano al leso si riscontrano più frequentemente nelle emiplegie in cui prevalgono i fatti di eccitamento su quelli di paralisi, ma ciò non dimostra affatto che la patogenesi ne sia diversa, ma solo che, essendo qui minori le lesioni encefaliche dal lato emiplegico, è già compromessa la funzione inibitrice, mentre lo è assai meno la dinamogena, cosicchè l'impulso volitivo può trasmettersi anche al lato leso; quando invece l'emiplegia è grave, dal lato leso sono interrotti i meccanismi per i quali gli impulsi dovrebbero trasmettersi; si comprende quindi come questo tipo di sincinesia debba trovarsi solo nelle forme leggiere dei bambini e degli adulti e manchi invece nelle emiplegie banali e come possa essere inibito dalla volontà in misura notevole.

Un altro tipo di automatismo che ha il suo

fondamento in condizioni normali è quello che si potrebbe denominare automatismo di coordinazione, per il quale la contrazione di certi gruppi muscolari determina in via riflessa la contrazione di altri gruppi funzionalmente sinergici; come quando nell'atto di piegare la coscia sul bacino si piega contemporaneamente anche la gamba sulla coscia. Come già notammo in un precedente lavoro su « I riflessi profondi nella narcosi », pubblicato nel *Policlinico* (1917), anche il segno di Lasègue può essere considerato come un automatismo di coordinazione, che si distingue dai più semplici riflessi spinali per la maggiore complessità del fenomeno e probabilmente anche per la diversa base anatomica: estendendo la gamba sulla coscia, si provoca contemporaneamente una contrazione ed in casi patologici una contrattura dei muscoli estensori della coscia sul bacino, cosicchè, flettendo a gamba estesa la coscia sul bacino, si deve vincere la contrattura, il che provoca dolore (segno di Lasègue nella sciatica) e, per irritazione meningea si ha il sintomo di Kernig, ossia a gamba estesa non è possibile vincere la contrattura dei muscoli estensori della coscia e del bacino. Secondo questo concetto, differente dalle ipotesi proposte da Netter, da Cipollina e Maragliano, i sintomi di Lasègne e di Kernig sono ricondotti alla categoria dei riflessi di coordinaziona. Analogamente nella modalità del Miller (che io trovo manifestarsi meglio nel decubito laterale che non nella posizione supina) la flessione della coscia determina una contrazione e in casi patologici una contrattura dei muscoli flessori della gamba sulla coscia, così che a coscia flessa ad angolo retto sul bacino, non è possibile vincere la contrattura della gamba sulla coscia.

Questi automatismi di coordinazione si esagerano sotto l'influenza di condizioni patologiche periferiche o centrali, come appunto avviene nel fenomeno di Lasègne e in quello di Kernig. Tanto le lesioni periferiche le quali, senza interrompere la conduzione delle vie di senso e di moto, determinano uno stimolo abnorme alle vie di senso, con sommazione di stimoli abnormi che elevano il tono spinale (forse anche colla concomitanza di lesioni secondarie di segmenti più alti del sistema nervoso), come le lesioni cerebrali e delle vie piramidali possono avere per risultato l'aumento del tono spinale e quindi il più facile insorgere degli automatismi spinali e analogamente anche di quelli del tronco del cervello. Il tono infatti di un dato centro nervoso è legato oltre che alle condizioni intrinseche del centro stesso, anche a condizioni estrinseche dipendenti: 1. Dagli stimoli che al centro provengono dalle vie di senso; 2. Dalle azioni dinamogene che al centro stesso provengono da altre parti del sistema nervoso e sopratutto dai segmenti superiori; 3. Dalle azioni inibitrici che affluiscono al centro dalla corteccia, dai gangli centrali e dal tronco del cervello. La presenza di stimoli abnormi, sopratutto se prolungati e ripetuti, può aumentare il tono di un centro e d'altra parte la diminuzione o la scomparsa delle azioni inibitrici ha per risultato l'aumento del tono.

A ragione quindi Pierre Marie e Foix considerano le sincinesie di coordinazione come dipendenti dal funzionamento automatico del midollo spinale liberato, esagerato e messo in luce dalla soppressione del controllo dei centri superiori; a ragione le considerano come funzione dell'automatismo midollare, allo stesso modo come i riflessi di automatismo, coi quali sono in istretto rapporto; ma se si interpretano i fatti alla stregua della dottrina generale delle funzioni riflesse ed automatiche, si trova che non solo le sincinesie di coordinazione, ma anche le globali e quelle di imitazione non sono che l'espressione di automatismi, i quali, in condizioni normali sono dominati, diretti e inibiti dall'attività encefalica; mentre, quando questa diventa insufficiente o del tutto mancante, gli automatismi in genere, e non solo quelli che determinano le sincinesie, si rendono manifesti; cosicchè tutte e tre le categorie di sincinesie, che del resto è bene tener distinte dal punto di vista della sintomatologia, poggiano sullo stesso fondamento.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALETTO DA CAMPO N. 43 - 6° CORPO D'ARMATA
ZONA DI GUERRA.

Nota clinica sulla cura in primo tempo delle ferite intrarticolari del gomito.

PIETRO D'ALESSANDRIA, capitano medico.

C. P. entra all'ospedaletto il 27 ottobre 1916. Riferisce di esser stato ferito ventiquatt'ore prima a S. Mauro da una palletta di *shrapnell* e di aver avuto subito l'iniezione antitetanica.

Presenta una ferita di striscio interessante solo i tessuti molli della natica sinistra. Presenta inoltre al gomido sinistro, un dito trasverso all'esterno dell'apofisi olecranica, una piccola ferita rotonda, della grandezza di un cece, a margini fortemente contusi, circondata da una zona edematosa, grande quanto la palma di una mano.

posteriormente al gomito ed al lato interno dell'olecranon. Si apre l'articolazione, ma non è possibile rintracciare il proiettile. Si constata invece che l'epitroclea è completamente staccata dall'epifisi inferiore dell'omero per una frattura longitudinale, parallela all'asse dell'arto.

Sospeso l'intervento, si decide di procedere alla resezione del gomito.

Il 4 novembre infatti in narcosi cloroformica si procede all'atto operativo.

L'arto, essendo il paziente sul dorso, vien sollevato a lato del capo in modo che la mano viene a poggiare sul tavolo. Si presenta così il gomito fisso ad angolo retto.

Data l'incisione precedentemente praticata si adotta il taglio ad H di Dupuytren.

Denudato l'olecranon col distacca-periostio di Ollier, e tagliato trasversalmente il tendine del tricipite, avendo cura di sollevare quanto più era possibile integro il periostio, si procede a distaccare il periostio dell'epitroclea e a liberare il nervo ulnare.

fig. 1.

La palpazione riesce dolorosissima in corrispondenza dell'olecranon e della metà interna del gomito.

La funzione articolare è completamente abolita.

L'arto si presenta con l'avambraccio flesso ad angolo retto sul braccio e in semi-supinazione, e non solo sono impossibili i movimenti tutti attivi dell'avambraccio sul braccio, ma anche passivamente non si riesce a modificare l'atteggiamento dell'arto stesso.

Dalla ferita non geme nè sangue, nè pus.

Il trofismo muscolare è normale.

La radiografia viene eseguita il 30 novembre, da essa non risulta la sospettata frattura dell'epitroclea, risulta invece la frattura della base dell'olecranon, oltre la presenza di una palletta di *shrapnels* in corrispondenza dell'interlinea articolare.

Il giorno 2 novembre, previa anestesia cocainica si tenta di procedere all'estrazione del proiettile con un'incisione rettilinea praticata

Si tolgono delle schegge mobili e si constata la completa mobilità dell'epitroclea, la quale è conservata in un unico grosso frammento, nello spessore del quale si trova il proiettile.

Completato il denudamento dell'epitroclea si passa all'epicondilo e successivamente ai margini della cavità sigmoidea dell'ulna; si distacca l'inserzione coronoidea del brachiale anteriore e si lussan le osse posteriormente (fig. 1).

Completato il distacco del periostio dalla faccia anteriore delle tre ossa, si distacca completamente l'epitroclea e si reseca l'omero nello spessore dell'epicondilo. Si resecano in seguito le ossa dell'avambraccio, immediatamente al di sotto dell'apofisi coronoide, asportando un sottile strato del capitello del radio.

Si ha così in totale l'asportazione di 4 a 5 cm. di ossa.

Con la pinza-sgorbia di Luer si smussa il margine acuto delle superfici ossee sezionate.

Si sutura il tendine del tricipite e si zaffa leggermente con garza sterile la cavità.

Si fissa l'arto ad angolo retto in una doccia metallica.

Nei giorni seguenti si ebbero le seguenti temperature: il 5 nov. 37.2 la mattina, 38 la sera; il 6, 37.4 e 37.6; il 7, 37.4 e 37.6. Quindi fu sempre apirettico.

La mobilizzazione ulteriore viene fatta attivamente dal paziente. Occorre notare che trattasi di un giovane assai intelligente.

A partire dai primi di decembre si porta speciale attenzione a fargli eseguire dei movimenti di estensione dell'avambraccio in prona-

Fig. 2. Radrografia eseguita circa due mesi dopo la resenzione.

Il giorno 8, prima medicatura: condizioni della ferita ottime; si tolgono i due stuelli e si medica a piatto.

Il giorno 13 si inizia la mobilizzazione passiva

zione, tenendo l'omero orizzontale, allo scopo di attivare la funzione del tricipite, la sutura del cui tendine ha tenuto perfettamente.

La fertia chirurgica è del tutto guarita alla metà di dicembre.

Fig. 3.

Fig. 4.

con piccoli movimenti di estensione e flessione, di supinazione e pronazione; e si inizia anche un dolce massaggio del tri- e del bicipite (fig. 2).

Nei giorni susseguenti sedute brevi quotidiane di mobilizzazione passiva e di massaggio.

Il 16 nov. si fa eseguire al paziente qualche piccolo movimento attivo. Si toglie la doccia metallica sostituendola con una piccola stecca angolare di cartone che in capo a qualche giorno viene anch'essa soppressa, lasciando un solo triangolo.

All'epoca della redazione della presente nota il paziente, che da oltre quindici giorni ha abbandonato anche il triangolo, è capace di estendere completamente l'avambraccio sul braccio (fig. 3); di portare l'omero in orizzontale con l'avambraccio in pronazione e sollevare anche questo sin quasi all'orizzontale; di portare la mano sinistra sulla spalla destra (fig. 4); di sollevare una sedia flettendo l'avambraccio sul braccio ad angolo retto, di eseguire completamente i movimenti di pronazione e di supinazione (fig. 5).

* * *

La storia e più ancora le figure qui riportate sono abbastanza dimostrative di per sè per non richiedere un lungo commento.

L'evoluzione delle fratture intrarticolari del gomito da arma da fuoco è ben nota. Anche quando non vi siano gravi complicanze settiche, il risultato definitivo della cura aspettante e così detta conservatrice, è l'anchilosi.

Ma vera chirurgia conservatrice si è dimostrata oggi «la chirurgia sempre attiva che sbrigli sistematicamente tutte le ferite che l'esperienza ha dimostrato in perenne pericolo d'infezione, che le sterilizza col metterle a cielo scoperto, che toglie in primo tempo i corpi estranei articolari e reseca in primo tempo le articolazioni fratturate senza attendere i segni clinici della osteo-artrite (Leriche)».

Fig. 5.

Limitarsi ad asportare i corpi estranei e le schegge mobili non basta per il compito del buon chirurgo delle formazioni di prima linea.

Se è questa la buona profilassi delle infezioni, ci si deve anche preoccupare fin da principio della funzionalità dell'arto.

Quando una incisione esplorativa ha dimostrato che le lesioni ossee in una articolazione del gomito sono tali da compromettere in maniera irreparabile la funzione articolare, si deve, a nervi e a vasi intatti, venir subito alla resezione.

Si otterrà in questo modo di ricostruire un'articolazione se non perfetta, certo di gran lunga superiore ad una anchilosi.

Il pericolo di avere, in caso di insuccesso operativo, l'avambraccio ciondolante è assai minore quando la resezione venga praticata in primo tempo, che non quando venga poi tardivamente eseguita negli ospedali territoriali.

Infatti: il ciondolamento dell'avambraccio, risultato certo assai peggiore dell'anchilosi, è dovuto alla insufficienza dei muscoli e dei legamenti. Ora: il pericolo della atrofia muscolare, irrimediabile, è tanto maggiore quanto più lungo è il tempo trascorso dalla ferita, mentre il precoce intervento consente anche la precoce mobilizzazione ed il riattivamento della funzione musculare indispensabile a mantenere l'efficienza dei muscoli stessi.

Il solo esame radiografico non basta sempre per orientarsi perfettamente sull'entità dei guasti che il proiettile può aver determinato: esempio in questo è il nostro caso nel quale la radiografia ci fa vedere il proiettile, ma non dimostra affatto le linee di frattura che avevano completamente distaccato la epitroclea.

Perciò, come primo atto esplorativo è opportuna l'artrotomia, la quale, indispensabile per la esatta pulizia del focolaio, ci consente d'intervenire dopo la constatazione precisa delle lesioni.

L'intervento condotto con una tecnica rigorosa, ossia col metodo sotto-capsulo-periosteo, permette di conservare legamenti ed inserzioni tendinee, ciò che è indispensabile per la contenzione attiva della articolazione e per la conservazione di quello strato osteogeno che sarà punto di partenza per la ossificazione della neoatrosi.

«La guaina periosteo-capsulare rimasta in istretto contatto con le ossa, è anzitutto una difesa dell'osteogenesi: limita la neoformazione ossea, la mantiene in buona posizione; infine al dato momento la modella sotto l'azione dei muscoli.

Questi, avendo serbato le loro inserzioni sulle parti della capsula che corrispondevano alle tuberosità epifisarie, sono rimasti in sito e agiscono nel senso abituale della loro contrazione e possono lavorare costantemente allo scopo di modellare una articolazione fisiologicamente normale» (Leriche).

Non minore importanza della esecuzione dell'atto operatorio hanno le cure susseguenti, in ispecie la precoce mobilizzazione. Alla quale si deve ricorrere appena sia eliminato ogni pericolo di infiammazione, allo scopo di evitare sia l'anchilosi che l'atrofia muscolare.

Ma il segreto del successo sta nel farla in maniera razionale, ossia, nè troppo rapida, nè brutale.

Essa non può esser che passiva nei primi tempi, nè deve destare dolore, ma, mentre andrà gradualmente aumentando sia nella durata che nell'ampiezza dei movimenti, non può esser soggetta a regole precise, dovendoci si adattare volta per volta al caso speciale e dovrà quindi essere eseguita manualmente dallo

stesso chirurgo, non potendola affidare a persone inesperte, nè a mezzi meccanici.

I piccoli movimenti attivi si ottengono assai presto e questi mezzi uniti al precoce massaggio del bicipite e particolarmente del tricipite, valgono a riguadagnare rapidamente a queste masse muscolari un tono ed una energia sufficienti per incoraggiare lo stesso paziente a proseguire da sè l'ulteriore esercitazione del suo arto.

Non è fuori di luogo ricordare che si tratta fortunatamente nei casi che a noi si presentano, di soggetti giovani nel primo vigore e con piena vitalità dei tessuti, cosicchè il terreno si presta mirabilmente per raggiungere il migliore dei risultati desiderabili.

CONFERENZE.

SCUOLA PRATICA DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL'OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA.

Dieta ospedaliera senz'alcool.

Lezione I del prof. GIUSEPPE JONA
medico primario.

SOMMARIO. — *Il regime analcoolico ospedaliero risponde non solo a criterii medici, ma anche alla urgente necessità di un'educazione popolare anti-alcoolica. — Esempi di altri regimi ospedalieri senz'alcool. — La mortalità generale non ne è aumentata. — L'alcool agli infettivi: pneumonici e tifosi. — Sottrazione del vino ai vecchi cronici: è tollerata senza sacrificio.*

Le diete regolamentari del nostro ospedale comprendono piccole dosi di vino per la 2ª, 3ª e 4ª dieta, e cioè: 100 cmc. per la 2ª; 150 cmc. (donne) e 200 (uomini) per la 3ª; 200 cmc. (donne) e 250 (uomini) per la 4ª.

Vino di Marsala, cognac, possono venir aggiunti alla dieta 1ª o alla rigorosa, o a diete di particolari esigenze come nei diabetici, sempre su prescrizione medica, in dosi, ordinariamente da 100 a 200 cmc. nelle 24 ore.

In ciò, il nostro regime si differenzia ben poco da quello di tutti gli altri ospedali. Solo negli ospedali infantili e nei manicomiali, il vino è soppresso quasi dovunque dalle diete ordinarie, e l'alcool è prescritto ai malati gravi, caso per caso.

Neanche il più fervente antialcoolista attribuirebbe alle razioni di vino ospedaliere la capacità di riuscire nocive, sia ai sani, sia ad ammalati o convalescenti, cui l'alcool non fosse proibito da condizioni individuali.

Malgrado ciò, da più che tre anni ho soppresso completamente ai miei ammalati anche queste piccole razioni, come ho soppresso quasi del tutto le somministrazioni *fuori dieta* di marsala o di cognac.

A questa misura giunsi gradatamente, di mano in mano che l'esperienza mi dimostrava che l'astinenza si rendeva utile a più estese categorie di ammalati, e che da tutti era sopportata senza danno e senza molestia.

Ma non posso tacervi che la maggiore spinta ad una misura radicale di regime analcoolico mi venne da un altro ordine di concetti.

È ormai convinzione quasi universale che gli ospedali, mentre compiono il loro ufficio di ricovero e di cura dei malati, devono pur soddisfare ad una funzione educatrice, dando al malato abitudini di pulizia, di igiene, di sobrietà, che gli sieno di ammaestramento per la vita: compito vasto, a cui li chiamano anche

gli enormi incrementi dei bilanci ospedalieri; e la loro trasformazione progressiva da *spesa di beneficenza* in *provvedimento sociale*: compito, soggiungo ancora, che oggi è riconosciuto a tubercolosarii, a sanatorii popolari, a ospedali di malattie infettive, ma che con altrettanta ragione dobbiamo proporre agli ospedali generali, attraverso cui, nel giro di pochi anni, passa si può dire, tutta la classe popolare, di una città, in folla di malati, destinati, per la massima parte a ritornare l'indomani nella corrente della vita e del lavoro.

Ora nessuno dubita che pel popolo della nostra città l'alcoolismo rappresenti una piaga profonda, e uno dei gravi ostacoli al suo elevamento morale ed economico. Voi stessi potete riconoscere bene spesso, da ciò che vedete nelle nostre corsie ospedaliere, quale disordine esso sia capace di portare nelle famiglie, poichè è qui, alla Vostra portata, il constatare non solo le impronte degenerative che l'alcool segna nei corpi, e la gravità particolare che imprime a molte forme morbose, ma anche le fatiche a cui costringe le donne, l'abbandono in cui obbliga a lasciare i vecchi, l'incuria, la miseria, l'ignoranza, la sfrontatezza in cui non di rado lascia crescere i figli.

Tutto ciò è frutto di vizio, ma anche di pregiudizio, e oso dire che questo è non di rado più pericoloso di quello.

Quante volte non avrete udito, dentro o fuori d'ospedale, talora dalla donnicciuola del volgo o dall'alcoolizzato, talora dalla persona *di mondo*, affermare con gran sicurezza: che *il vino non è alcool*, che *il vino schietto non fa mai male*, che *il vino è ben tollerato finchè non dà alla testa*, che *il vino fa bene ai bambini e ai deboli*, che *il vino è il latte dei vecchi*, che *il vino non può esser tolto a chi vi è abituato*, che *senza vino non si fa allegria*, che *il vino cementa l'amicizia e fa concludere l'affare*, che *l'ubbriachezza è un'attenuante del delitto*, che *il vino è fonte di ricchezza nazionale!*

Ora questi aforismi racchiudono altrettanti errori, in parte medici, in parte sociali, e molti di essi sono abbracciati in buona fede, non meno dalle classi colte che dal popolo. Nè i medici stessi sono esenti di colpa, poichè molti nel passato, troppi anche oggi, tendono a tollerare più d'uno di questi pregiudizî, e molti ne fomentano: sarà accaduto più di qualche volta anche a Voi di constatare con sicurezza che alla sorgente di gravi abusi alcoolici, vi fu un consiglio medico, male dato, e peggio interpretato.

Ora, nel combattere tutti questi pregiudizî, credo all'efficacia della parola, ma credo ancora di più alla virtù persuasiva dei fatti. E mi è parso che sotto questo aspetto l'ospedale può rappresentare un magnifico campo sperimentale per l'educazione antialcoolica del nostro popolo, e che il far toccar ad esso con mano che si può vivere senz'alcool, che si può guarire e fortificarsi senz'alcool, che l'astensione dall'alcool è alla prova dei fatti un sacrificio assai minore di quanto *a priori* si pensi, può costituire per esso un beneficio inestimabile.

Vi parlerò dunque soltanto della dieta analcoolica ospedaliera, e Vi aggiungo pure che ne parlerò da un punto di vista empirico, a base solo di osservazione pratica e di cifre; e poichè è puramente da un punto di vista pratico che voglio concludere, ridurrò al minimo tutto quanto può riguardare sia concetti teorici, che dati di patologia sperimentale, o di fisio-patologia clinica.

*
* *

Nella mia Divisione, la soppressione graduale dell'alcool cominciò nella primavera del 1913, e divenne completa alla fine di quell'anno.

Ora sopra un totale di ammalati (in cui comprendo: i rimasti dell'anno precedente, gli entrati dall'esterno, i passati dalle Divisioni chirurgiche) che fu rispettivamente di:

1022 per il 1912, 899 per il 1913, 1075 per il 1914 e 1213 per il 1915, avemmo rispettivamente una mortalità del 13,5%, dell'11,45% del 10,69%, dell'11,04%.

L'andamento di queste medie risponde a quello della mortalità generale ospedaliera dei malati adulti, di forme mediche, la quale fu rispettivamente, per lo stesso periodo d'anni, del 12,25 %, 12 20 %, 11.04 %, 11,49 %.

Le piccole oscillazioni differenziali, per cui la nostra mortalità è alquanto superiore alla generale nel 1912, alquanto inferiore negli anni successivi, non mi tentano affatto a cercarvi un rapporto coll'avvenuta soppressione dell'alcool: esse rappresentano gli *imponderabili*, proprî di ogni statistica, ma mi par lecito di concluder da esse questo: che *la soppressione dell'alcool non fu dannosa*.

Consideriamo più da vicino alcuni gruppi di ammalati, e innanzi tutto, gli infettivi. Per essi, più che per ogni altro, fu sostenuta un tempo l'importanza della medicazione alcoolica. Una rivista chiara ed esatta delle opinioni, sino al 1904, fu data da A. M. Luzzatto, al 1° Convegno italiano contro l'alcoolismo.

Riassunti posteriori notevoli sono quelli di Siciliano e di Battistini. Tra i più recenti, non

mancano i fervidi astensionisti ed io vi citerò, tra gli ultimi, un clinico di gran nome, Ewald.

Tra le malattie infettive acute, voglio riferirvi le mie cifre sulla *polmonite*, in cui l'alcool è ritenuto ordinariamente un coadiuvante nella cura, anzi, negli alcoolisti, un sussidio terapeutico indispensabile. Anche trattatisti moderni tra i più autorevoli, quali Strümpell, Eichorst, Landouzy e Griffon, aggiungono espressa raccomandazione di non sottrarre l'alcool al pneumonico che vi è abituato.

Però conoscete Voi pure statistiche comparative, non meno autorevoli, da cui questa importanza dell'alcool risulta assai dubbia.

Vi dò ora le cifre della mia divisione, riguardante le pneumoniti trattate nel quadriennio 1912-1915:

Anno	Uomini	Morti	Mortalità %	Donne	Morte	Mortalità %	Totale	Morti	Mortalità %
1912. . . .	26	8	30.7	21	5	23,8	47	13	27,6
1913. . . .	27	6	22,2	15	7	46,6	42	13	30,9
1914. . . .	32	5	15,8	14	5	35,7	46	10	21,7
1915. . . .	36	12	33,3	21	2	9.5	57	14	24,3

Paragonando queste cifre colla mortalità complessiva ospedaliera dei pneumonici superiori ai 10 anni, risultante dai Rendiconti pubblicati dal nostro Direttore fino al 1913, e pei successivi, dalle cifre raccolte per la prossima pubblicazione, si ha:

	Mortalità ospedaliera %	Mortalità med. 4ª %
1912	32,6	27,6
1913	27,6	30,9
1914	26,4	21,7
1915	24,2	24,5

Considerando nuovamente i dati della mia Divisione e paragonando le cifre del 1912 (trattamento con alcool) con quelle complessive del triennio 1913-1915 (regime analcoolico) si ha:

	Casi	Morti	Mortalità %
1912	47	13	27,6
1913-15	145	37	25,3

E considerando partitamente uomini e donne, abbiamo:

	Uomini			Donne		
	Casi	Morti	Mortal. %	Casi	Morti	Mortal. %
1912	26	8	30,7	21	5	22,8
1913 15	95	23	24,2	50	14	28

Da ultimo, Vi presento le cifre dei miei pneumonici, riguardanti rispettivamente il 1912 e il triennio 1913-1915, divise a seconda di età, e Vi unisco, a titolo di confronto, le mortalità, per età, dei pneumonici totali del nostro Ospedale, e quelle rappresentanti le medie di cinque statistiche tratte dagli ospedali, da Quincke, Schröder, Jürgensen, Huss, Rychier:

Età anni	Div. Med. 4ª 1912 Casi	Morti	Mort. %	1913-15 Casi	Morti	Mort. %	Mortalità generale ospedaliera dei pneumonici 1912-12	mortatalità % secondo Quincke ecc.
10-20	8	0	0	20	0	0	0	—
21-30	6	1	16,6	20	0	0	9,4	8,9
31-40	8	1	12,5	20	3	15	15,7	16,9
41-50	5	3	60	20	3	15	25,5	27,8
51-60	7	3	42,8	24	10	41,6	36,3	29,4
oltre i 60	13	5	38,5	41	21	51,2	53,4	42,3

Ancora, riunendo le cifre della mia divisione in due gruppi: quello dei malati sopra e quello dei malati sotto i 60 anni si ha:

	1912			1913-15		
	Casi	Morti	Mort. %	Casi	Morti	Mort. %
Sotto i 60 anni	34	8	23,5	104	16	15,3
Sopra i 60 anni	13	5	38,5	41	21	51,2

Concedetemi pochi commenti a queste cifre.

Anzitutto può parere a taluno di Voi che le cifre della nostra mortalità ospedaliera per pneumonite sieno tutte alquanto elevate. Ma se queste cifre nostre sono superiori a quelle di Quincke e di Huss, esse sono all'incirca eguali a quelle di Schröder e di Jürgens, inferiori a quelle di Rychner e di Jones.

È ciò che è qui importante di rilevare si è che la sottrazione dell'alcool, effettuata nei miei pneumonici nel corso del 1913, non impedì che la mortalità per pneumonite scendesse dal 27,6 del 1912 al 25,3 del triennio 1913-1915. Queste sono le cifre globali a cui nessuna considerazione potrà togliere il significato puramente negativo che attribuisco loro: *la sottrazione dell'alcool non ha danneggiato.*

È notevole però che i risultati sembrano contrapporsi, quando si considerino separatamente maschi e femmine, giovani e vecchi.

Per gli uomini la mortalità discese dal 30,7 al 24,2 % mentre per le donne salì dal 22,8 al 28 %.

Nei vecchi sopra i 60 anni, la mortalità da 38,5 nel 1912 salì a 51,2 % nel triennio 1913-915. Invero essa resta pari a quella generale ospedaliera del quadriennio 1912-915, resta pari a quella di Rychner e di Schröder che dànno rispettivamente il 51,3 e il 50,9 %, resta inferiore a quella di Grisolle che dà ben l'80 % pei vecchi superiori ai 70 anni, inferiore a quella di

Jones che dà il 60 % dopo il 6° decennio. Comunque la ascesa da 38,5 a 51,2 % può apparire tanto più significante in quanto che per gli altri ammalati, giovani e adulti sotto i 60 anni, la mortalità nei periodi corrispondenti discese da 23,5 a 15,3 %.

Ora, nell'interpretare questi due fatti, conviene ricordare che nelle nostre classi popolari l'alcoolismo è proprio degli uomini, e tra essi sfortunatamente è assai diffuso e precoce; manca, come vi dirò più innanzi, nelle donne perchè più sobrie e più attaccate alla casa, e manca nei vecchi, perchè non ne hanno più i mezzi. Posto ciò, le mie cifre significano evidentemente che la sottrazione dell'alcool non portò danno tra quei pneumonici, che erano abituati alle dosi, per lo più generose, di alcool, mentre invece potrebbero lasciar dubbio ch'essa sia stata sentita dalle donne e dai vecchi, organismi più deboli e più facili alle depressioni.

Non ho mancato, come dovrò dirvi in una lezione ventura, di tener conto dell'avvertimento che forse viene da queste cifre. Ne ho pur tenuto conto — sempre con grande circospezione e come misura di eccezione — per un altro gruppo di infettivi a me affidato quest'anno, e cioè per le *tifose*.

Anche nel *tifo* l'alcool fu considerato nel passato come un eccitante indispensabile, e nel tifo gli si riconobbero tutte le altre proprietà: alimentare, antipiretica, diuretica, antiputrida, cosicchè si giunse a somministrarne dosi inverosimili, come quelle date dal medico inglese, citato da Jaksch, che fece prendere ad un tifoso 21 bottoglie di brandy e 24 di Champagne.

Tra i moderni vi citerò l'opinione di Stadelmann, il quale, pur dando piccole dosi di alcool ai suoi tifosi, se ne mostra ben poco amico: gli nega ogni valore antipiretico, mette in dubbio il suo valore eccitante, e in ogni modo afferma che il nostro arsenale farmaceutico, ha, in fatto di eccitanti, molto di *meglio*, di *più sicuro* e di *meno pericoloso;* osserva che gli ammalati stessi rifiutano le forti dosi d'alcool, e conclude: « qualora dovessi scegliere fra molto alcool e niente alcool, sceglierei subito niente ».

Il riparto delle tifose è annesso alla nostra Divisione solo dal gennaio di quest'anno. Tolsi qualunque somministrazione sistematica di alcool sia durante la malattia che nella convalescenza, e diedi solo piccole quantità di cognac o di marsala in casi eccezionali, cioè nel collasso successivo a grave enterorragia, nei rari casi di brivido precedenti gravi rialzi termici, o dove un impacco freddo fu mal tollerato determinando brivido, cianosi, dispnea.

In questi 10 mesi, le tifose curate nel Riparto furono 79; l'alcool consumato nel frattempo fu: 400 gr. di cognac, 300 gr. di marsala; vino, niente. Avemmo 2 morte, rispondenti al 2,53 %. Le convalescenti procedettero regolarmente, speditamente, non si lagnarono mai della mancanza del vino, mentre fummo sempre obbligati a resistere alle urgenti pressioni del loro appetito.

Un cenno particolare meritano pure a questo riguardo i *vecchi cronici*. Adottai l'eliminazione del vino dal loro dietetico quale provvedimento esclusivamente *medico*: il lato *sociale* qui esula affatto, trattandosi di individui impotenti, che vengono spesso là a cercare null'altro che un ricovero, sino al di della fine. Potrete domandare invero, dal lato *umanitario*, se col sopprimere quel bicchiere di vino, non si tolga ai vecchi una delle poche soddisfazioni della loro grama esistenza. Ora, se chiederete anticipatamente ad un vecchio, abituato al vino, se gli dolga privarsene, risponderà certo affermativamente, ma se lo interrogherete ad esperimento fatto, vi accorgerete tosto che non gli avete imposto alcun sacrificio. Ho interrogato un giorno tutti i miei cronici: sopra 57, 42 furono in grado di rispondere, e di questi, 33 cioè il 78 % risposero di non sentire affatto la privazione del vino; 10 tra questi, e gli altri 9, e cioè il 45 % del totale soggiunsero, *dietro esplicita richiesta*, che lo avrebbero gradito se fosse stato loro concesso. Ciò significa ch'essi lo gusterebbero come si gusta una chicca, ma nulla più; ed è tanto vero che ciò nulla ha a che fare col senso di un bisogno insoddisfatto, che le più pronte e le più numerose furono in ciò le donne: sopra 22 vecchie, tre dissero che la mancanza del vino *faceva strano*, e 16 (cioè il 73%) risposero, a richiesta, che avrebbero gradito il mezzo bicchiere di vino, nel tempo stesso che 19 fra esse (e cioè l'86 %) dichiararono che fuori dell'Ospedale non lo bevevano mai.

Complessivamente però, confrontando questi dati con quelli generali che Vi esporrò poi, risulta che tra i vecchi, a cui la vita è ridotta sempre più alle soddisfazioni vegetative, avviene più spesso che tra gli altri, che riesca dolorosa la soppressione della piccola razione di vino. Ma, come dissi, questa soppressione nella dieta dei vecchi, se dal lato *sociale* non è giustificata, se dal lato *umanitario* può apparire un po' tirannica, ha invece la sua ragione nei criterii medici. Poichè i vecchi ricoverati sono quasi tutti degli arteriosclerotici, io mi domando perchè non si debba fare in un Ospedale o in un Ricovero, ciò che ogni medico crede debito suo presso ogni cliente in

queste condizioni, e cioè prescrivere la dieta prevalentemente latteo-vegetariana, con esclusione di ogni bevanda alcoolica.

Vi aggiungo che da quando nel nostro Ospedale si è istituita, a titolo di esperimento, una Divisione di cronici, e, cioè dal 1° gennaio di quest'anno, la tabella dietetica vi ha definitivamente soppresso il vino. Il collega Pasinetti, che la dirige, mi assicura di non aver notato in ciò alcun inconveniente, nè di aver avuto alcun lagno dai malati.

Quali insegnamenti si possano trarre dal nostro esperimento e a quali obbiezioni esso debba rispondere, vedremo nella ventura lezione.

SUNTI E RASSEGNE.

Gli insegnamenti chirurgici della guerra europea.

(A. M. FAUNTLEROY, *Annals of Surgery*).

Una rivista critica della enorme letteratura comparsa come risultato della guerra europea fa risaltare subito il fatto che i pareri sono discordi e contraddittorî: il che non desta gran meraviglia, quando si pensi la grande massa degli eserciti combattenti e, rispettivamente, il grandissimo numero di chirurgi ad essi aggregati. I fatti non potranno esser messi in piena luce fino a che, fatta la pace, non sia possibile compulsare e ragguagliare tutta la mole di statistiche pubblicate: fino ad allora dobbiamo contentarci di mettere insieme le esperienze dei vari osservatori, i quali hanno visto le stesse cose sotto differenti angoli di osservazione, cercando di trarnè delle conclusioni sui punti più importanti.

Certo la chirurgia di guerra è assai differente da quella di pace: è questa l'idea fondamentale da tener presente per interpretare molti problemi sull'argomento. La prospettiva del chirurgo militare è ad un tempo e paradossalmente più ristretta da quella del suo collega civile: allargata a causa della necessità di continue concessioni riguardo all'ideale, allo scopo di ottenere i migliori risultati generali; ristretta a causa della necessariamente limitata applicazione di processi chirurgici complessi. Esorbitano poi dai limiti di questo articolo, ma non dal campo del medico militare, tanti altri argomenti di igiene, profilassi, organizzazione, ecc.

Le ferite di guerra non solo sono affatto differenti da quelle della pratica civile: in esse si può dire costante l'infezione; il fenomeno più impressionante è l'effetto mutilante e devitalizzante sui tessuti tale da esser paragonato solo, nella pratica civile, a quello che si ha nelle ferite sui treni; frequentissima è la permanenza in esse di corpi estranei; in una larga percentuale si tratta di fratture esposte delle ossa lunghe, con considerevole perdita di sostanza, sicchè il trattamento della frattura e delle sue conseguenze viene a complicare il trattamento dell'infezione.

Riguardo al carattere dell'infezione tutti gli osservatori si accordano sostanzialmente nell'ammettere che essa primitivamente è di origine fecale, dovuta cioè a microrganismi abitatori abituali dell'intestino di uomini e di animali: essi si trovano sul terreno e poi negli abiti dei soldati, che con esso vengono continuamente a contatto. Sicchè le infezioni delle ferite di guerra vengono a trovarsi in diretto rapporto coi caratteri del suolo dove la campagna è condotta: così nel Sud Africa, come in qualunque altra località in cui l'abitato è scarso, assai rare furono le infezioni delle ferite. Quanto al decorso dell'infezione nella guerra attuale esso può dividersi in tre stadî: nel primo predominano i bacilli anaerobici e sporigeni; nel secondo questi vanno gradualmente diminuendo mentre la secrezione tende a divenire purulenta; e nel terzo tengono il campo i comuni cocchi della suppurazione.

Il miglior modo di combattere l'infezione è stato oggetto di lunghe discussioni non ancora sopite. Intanto qui torna in campo l'argomento già esposto in principio che la chirurgia di guerra differisce da quella di pace, sia per le condizioni del paziente, sia per i caratteri della ferita. Quanto alle prime va notato che, prescindendo dallo shock traumatico, il chirurgo ha da fare con gli effetti dell'esposizione della ferita, e dell'esaurimento fisico del paziente, il quale non è stato potuto raccogliere se non un certo tempo dopo il trauma, sicchè l'infezione, costantemente presente, ha avuto occasione di aumentare e di affermarsi sempre più; mentre il paziente, per necessità di cose continua la sua peregrinazione dal posto di medicazione alla sezione di sanità, all'ospedaletto avanzato e all'ospedale di tappa, dove finalmente potrà ricevere completamente le cure richieste, senza che il chirurgo sia preoccupato dall'affollarsi di altri feriti che si seguono incessantemente e che reclamano la sua assistenza.

Tenendo presenti questi fatti e sulla guida di parecchi osservatori cerchiamo di farci un criterio sul modo migliore di trattamento per le ferite di guerra. Riguardo ai principii di un drenaggio completo non esiste discussione: attraverso i diversi metodi e le successive modificazioni gli scopi da raggiungere sono sempre quelli di una rapida rimozione dei prodotti del-

l'infezione e la creazione di condizione di aerobiosi. Ma dopo di ciò esistono due scuole riguardo all'uso degli antisettici, allo scopo di inibire lo sviluppo e l'attività degli organismi che possono rimanere nella ferita. L'una capitanata da Almroth Wright sostiene che l'uso degli antisettici non solo è non scientifico ma dannoso nella grande maggioranza dei casi; ed insegna che in tutte le ferite infette le indicazioni fisiologiche richiedono di rendere la linfa incoagulabile, reprimere l'emigrazione leucocitaria, aumentare il flusso linfatico delle pareti della ferita, allo scopo di eliminare meccanicamente organismi e materiale necrotico. Tali effetti linfagoghi si ottengono con l'uso di soluzione salina ipertonica applicata o con bendaggi umidi o con irrigazioni continue. L'altra scuola di cui sono sostenitori Alexis Carrel e Berkeley Moynihan afferma energicamente che il trattamento antisettico non solo ha una parte importante nella chirurgia di guerra, ma offre l'unica speranza per far abortire un processo infettivo nei suoi primi stadii.

Numerosissime sono le voci in favore dell'uno o dell'altro metodo. I rapporti di coloro che sostengono il trattamento con la soluzione salina ipertonica sono praticamente uniformi e di interpretazione non difficile. D'altra parte la letteratura è stata negli ultimi venti mesi inondata dalle relazioni sostenenti or questo or quell'antisettico. Un discreto numero di osservatori di indiscussa autorità hanno avuto vasta opportunità di confrontare i due metodi e ne è risultato che esiste un distinto campo di utilità per ambedue i metodi, sebbene nella grande maggioranza dei casi si tenda ad ammettere essere il metodo antisettico il più pratico dei due.

Sembrerebbe che fra gli innumerevoli antisettici proposti quello che è risultato il migliore sia il liquido di Dakin, che consiste in una soluzione al 0,5% di ipoclorito di sodio. Non vi può essere dubbio sul valore dell'uso precoce di questo antisettico nelle ferite vaste, lacerate ed infette della attuale guerra, e dalle moltissime osservazioni pubblicate sembra che a stento si trovi una voce dissenziente. Se usato nelle prime dieci ore spesso riesce a sterilizzare la ferita in un tempo relativamente breve, a seconda, naturalmente, della sede e del carattere della ferita e della natura dell'infezione. Praticata la *toilette* della ferita e asportatane dai bordi le parti necrotiche vi si introducono dei drenaggi di gomma fenestrati, in numero vario a seconda della direzione e del numero dei diverticoli: lo scopo è che, iniettando l'antisettico nei tubi, questo possa venire a contatto con tutte le parti della ferita. Le irrigazioni si fanno ogni due o tre ore, ma bagnando bene la garza che è posta all'esterno della ferita la medicatura riesce efficace anche non rinnovandola per uno o due giorni, come è necessario talvolta nei trasporti. Negli ospedali di base la medicatura viene rinnovata ogni giorno, e la quantità di antisettico ridotta quando la ferita comincia a detergersi. Poichè uno dei più vantati meriti del liquido di Dakin consiste appunto nello sciogliere e distaccare i materiali devitalizzati e necrotici, il che ha specialmente valore nelle infezioni anaerobiche. Lo stesso effetto si ottiene invero con la soluzione salina ipertonica, ma il suo uso prolungato può provocare dolori e granulazioni esuberanti; si aggiunga che, essendone effetto principale la secrezione di linfa, sembra non bene indicata in quei casi in cui la vitalità e la resistenza sono già notevolmente diminuite.

Sembra dunque che uno degli insegnamenti più importanti da trarre dalla guerra attuale sia l'uso precoce ed intensivo di un antisettico potente, allo scopo di far abortire, se possibile, l'infezione. In seguito, quando appaia ben dominata l'infezione, si può usare, specialmente se c'è abbondanza di secrezione, la soluzione salina ipertonica. Quanto alla qualità dell'antisettico può essere che studî, che sempre continuano, ce ne indichino uno migliore, ma sino ad ora quello da preferire è il liquido di Dakin.

Due parole sul pacchetto individuale di medicazione. Esso fu introdotto molti anni or sono quando le ferite più comuni erano quelle prodotte da proiettili a piccola velocità e con pochissima distruzione di tessuti. Ma le cose sono del tutto cambiate perchè per la velocità del proiettile, per gli effetti esplosivi di esso, per l'azione di frammenti di granata, di bombe, di proiettili secondari, le ferite attuali sono di sòlito vaste, laceranti, multiple e straordinariamente distruttive. In queste condizioni il piccolo pacchetto di medicazione non può avere che scarsa o nessuna applicazione. Si aggiunga che di solito, a meno che non si tratti del capo e delle mani, il ferito o i suoi vicini non possono constatare l'entità della ferita, che rimane coperta dai vestiti, i quali non è opportuno asportare: il ferito resta così in mezzo al fango del terreno, finchè una sosta del fuoco non permette che lo si raccolga e lo si porti a un posto di medicazione, dove può ricevere le prime cure. L'unico motivo per cui questo pacchetto non è stato scartato consiste probabilmente nel pochissimo spazio che occupa, e nel fatto che possono aversi delle piccole ferite o anche escoriazioni in cui esso può dimostrarsi utile.

Asportati i vestiti e messa a nudo, al posto di medicazione, la ferita, una pratica costantemente oggi seguita, quella di aspergere i tes-

suti lesi con tintura di jodio, si è dimostrata di notevole utilità, perchè la ferita contiene sempre una discreta quantità di materiale infettivo, che lo jodio concorre a distruggere.

Dopo la prima medicazione si trova il punto critico nella storia di ogni ferita: se dal posto avanzato il paziente può essere rapidamente trasportato in altro, attraverso le successive stazioni, fino all'ospedale, le probabilità di guarigione sono notevolmente aumentate: ma spesso accade che scorra qualche giorno prima che esso giunga al posto dove riceverà il trattamento chirurgico adeguato, e durante questo tempo l'infezione ha avuto campo di diffondersi.

Riguardo ai metodi operativi molti autori parlano a favore dell'escissione totale delle ferite, il che è naturalmente possibile solo per quelle di piccole dimensioni: essa ha lo scopo di asportare quelle pareti devitalizzate che presto o tardi cadrebbero in necrosi e prolungherebbero il processo infettivo, e nello stesso tempo di stabilire un più sicuro drenaggio.

Un'altra pratica assai raccomandata è quella di esporre le ferite all'aria aperta ed al sole, con l'effetto di aumentare la resistenza generale.

Le ferite penetranti del capo e dell'addome sono quelle che insieme con le emorragie richiedono l'intervento della chirurgia d'urgenza. Nelle lesioni cerebrali una notevole percentuale giunge all'ospedale già in uno stato agonico e per esse nulla si può fare; tutte le ferite tangenziali e le fratture della volta cranica vanno operate subito con la trapanazione e il sollevamento dei frammenti, trattenendo poi i pazienti, possibilmente, per un certo periodo di osservazione, per ovvie ragioni. Nelle ferite penetranti dell'addome, contrariamente all'esperienza della guerra sud-africana, sembrerebbe che, se precoce, il trattamento operativo sia di gran lunga da preferirsi al trattamento aspettante: e tutti gli sforzi devono essere diretti appunto a portare in tempo il ferito addominale al tavolo chirurgico.

Mayo Robson stabilisce la linea di condotta nel modo seguente: Una ferita da proiettile di fucile all'addome con piccoli fori di entrata e di uscita, senza sintomi di emorragia interna o di fuoriuscita del contenuto intestinale, può, se in posizione favorevole, essere trattata col metodo aspettante; mentre una ferita con larghe aperture di entrata e di uscita o con segni di emorragia interna o di stravaso, e con scomparsa dell'ottusità epatica deve essere operata il più presto possibile, se viene all'osservazione precocemente e se le condizioni generali sono favorevoli. Se il caso è visto tardi ed è già insorta la peritonite, ci si limiterà a una breve incisione soprapubica, quanto basti per l'introduzione di un drenaggio che peschi nel bacino, mantenendo poi l'infermo nella posizione di Fowler. Non mancano le testimonianze a favore di questo metodo intervenzionista: fra le più notevoli quella del dott. Blake che ne ha potuti constatare gli utili effetti. Questo stesso autore richiama l'attenzione sull'efficacia della protezione del capo con gli elmetti, che ha reso assai meno dannose le ferite al capo così frequenti nell'attuale guerra; come egli ha potuto constatare durante l'offensiva tedesca contro Verdun.

Un altro insegnamento importante della guerra attuale è l'importanza che deve annettersi al lavoro di organizzazione dei servizi sanitari. Come dice Carrel: « L'esito della ferita dipende dalla rapidità di trasporto e dalla possibilità di iniziare il trattamento il più presto possibile ». A questo proposito non si possono lasciare sotto silenzio i grandi benefici che nella guerra attuale ha arrecato anche in questo campo l'automobilismo.

Di grande valore si è dimostrato l'uso sistematico del siero antitetanico come profilattico: il quale viene somministrato regolarmente e il più presto possibile a tutti i feriti. Sicchè il tetano, che nei primi mesi della guerra si presentava abbastanza comune è da considerarsi ora del tutto scomparso o quasi. Lo stesso non si può dire per gli altri sieri o vaccini, se si faccia eccezione per l'uso precoce di siero antistreptococcico, che ha dato dei risultati assai incoraggianti in alcuni casi gravemente infetti. Ad ogni modo Watson Cheyne vede qui un vasto campo da mietere per i batteriologi.

Il riconoscimento del grande valore di un reparto di chirurgia dentaria in ogni ospedale di base è certamente uno degli insegnamenti più notevoli della guerra. I limiti dell'articolo non permettono all'A. di entrare in particolari: essi sono comparsi già nella stampa medica a dimostrazione del grande benefizio che il ferito alle mascelle può trarre dall'opera dello specialista. E a un altro specialista, che non dovrebbe mancare nei grandi ospedali, dovrebbe esser devoluto il trattamento delle fratture; esso dovrebbe per lo meno consigliare i vari tipi di apparecchi da applicare nei singoli casi.

Infine ricordiamo che Almroth Wright ha fatto notare un inconveniente non piccolo nel fatto che passando i feriti da un ospedale all'altro al chirurgo vengono a mancare le notizie sull'esito della cura e quindi i relativi insegnamenti per casi analoghi. Egli ha proposto quindi una speciale commissione od ufficio, che mantenga i rapporti fra i singoli ospedali e che pubblichi i risultati ottenuti dai vari autori, sicchè tutti possano farne tesoro. SEBASTIANI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

La diagnosi della tubercolosi polmonare iniziale.

È questo un còmpito che tocca più spesso al medico nella pratica generale, anzichè allo specialista per la tubercolosi, ed è opportuno far conoscere tutti i mezzi per arrivare ad una diagnosi precoce, tanto più importante in quanto che solo per i primissimi stadî si può arrivare ad arrestare il corso della malattia. Ora una tubercolosi che si diagnostica alla prima visita è già una forma abbastanza avanzata, con delle lesioni che si possono ritenere permanenti.

J. J. Johnston (*Am. Journ. of med. sciences*, luglio 1917) ricorda che i primi sintomi di cui i pazienti si lamentano sono dolore epigastrico, stanchezza, perdita di peso, rossori improvvisi, palpitazioni, tosse, febbre, astenia. È importante lo studio dell'anamnesi, più che per ricercare una ereditarietà, per rintracciare delle possibili associazioni, come, p. es., una pleurite specie se con versamento, dei focolai nelle tonsille o nelle ghiandole cervicali, l'emottisi anche leggera, ecc.

L'esame del paziente si presenta sotto due aspetti: l'esame fisico, e le ricerche di laboratorio.

L'esame fisico comprende lo studio prolungato della temperatura, del peso e l'accurata visita al torace. L'A. consiglia di ordinare al paziente di segnare la propria temperatura e la frequenza del polso a determinate ore per un periodo di dieci giorni, durante i quali, egli deve condurre la vita normale, solo aggiungendo al vitto del latte, della panna e delle uova per un equivalente di 1000 calorie almeno. Il paziente deve altresì pesarsi all'inizio ed alla fine del periodo accennato. Il torace va esaminato nudo, con i soliti metodi, facendo particolare attenzione alla trasmissione della voce, alla presenza dei rantoli, specie ai rantoli latenti.

Alla seconda visita, dopo il periodo di dieci giorni, si osserva se vi sono stati aumenti di temperatura leggeri e costanti, specialmente nelle ore pomeridiane, accompagnati da aumento di frequenza del polso, se non vi è stato alcun aumento di peso, se i fenomeni fisici sono immutati, tutti segni che depongono per una tubercolosi iniziale.

L'esame dello sputo è di importanza relativa perchè se negativo, non esclude la tubercolosi, se positivo indica già una lesione abbastanza avanzata. La cutireazione ha importanza solo nell'esame di bambini al di sotto di 8-10 anni o come esame preliminare per la prova alla tubercolina (sottocutanea).

L'esame ematologico è di scarso significato, sebbene la presenza di una leggiera leucocitosi (10-12.000) ed una certa linfocitosi si osservino nelle forme tubercolari. La prima anche nella malaria e carcinoma, la seconda anche nella sifilide. Grandi speranze erano state annesse alla radioscopia; questa però rivela solo se il polmone è in qualche parte ammalato, non già se si tratta di lesione antica o di tubercolosi attiva.

La fissazione del complemento, fatta con la stessa tecnica della reazione di Wassermann avrebbe invece notevole valore, sia per scovare i casi sospetti in cui non si trovano sintomi fisici, sia per riconoscere i casi in corso di cura e non ancora liberi dall'infezione.

FIL.

I segni della pleurite dell'apice, e loro importanza nella diagnosi della tubercolosi polmonare nell'adulto

Il dolore è tra i sintomi soggettivi il più importante; e dimostra la presenza di una lesione non ancora cicatrizzata. Non è però costante, e non si riscontra nella sinfisi pleurica completa; si rende più evidente coi forti movimenti respiratori e colla tosse.

Ispezione. — Avvallamento più o meno manifesto delle fosse sopra e sotto spinose in rapporto all'estensione della sinfisi pleurica.

Percussione. — A seconda della estensione e lo spessore della pleurite può dare risultati negativi, lievi o ottusità completa.

Palpazione. — Potrà rivelare stato normale e le varie modificazioni del fremito toraco-vocale fino all'abolizione.

Ascoltazione. — Durante l'evoluzione della pleurite sfregamenti più o meno lievi e circoscritti; se la sinfisi è spessa diminuzione o abolizione del mormorio vescicale.

Radioscopia. — Assai importante: mostra opacità dell'apice; l'ombra dell'apice talora è spessa, e non si modifica colla tosse; altre volte, dopo la tosse, l'apice riacquista la trasparenza normale.

Stato della pupilla. — Dilatata o ristretta in corrispondenza del lato affetto in rapporto all'eccitazione od alla paralisi del simpatico.

Adenite sopraclavicolare. — Si riscontra immediatamente dietro la clavicola, sul bordo esterno dello sterno-cleidomastoideo; ha forma allungata, col grande diametro quasi parallelo

alla clavicola, di volume variabile, molle quando è grossa, dura se è piccola. E' un sintoma di reazione pleurica dovuto alla comunicazione tra i linfatici parietali ed i linfatici della pleura viscerale; si ha spesso nei tubercolosi, ma anche in altre lesioni pleuro-polmonari dell'apice; fa riscontro all'adenite ascellare delle lesioni pleuro-polmonari della base dei polmoni. Un rapporto molto stretto di grande importanza diagnostica e prognostica; pare esista tra la consistenza dell'adenite e lo stato della pleurite; essa è molle, voluminosa nelle lesioni pleuriche in atto; dura, più piccola in quelle in periodo involutivo o cicatrizzante. (*La Presse Médicale*, 1916). *p. z.*

Tubercolosi delle ghiandole bronchiali e tubercolosi polmonare.

Lapham M. E. (*The American Journal Medical Sciences*, 1917), osserva che la tubercolosi delle ghiandole bronchiali costituisce l'esordio della tubercolosi polmonare; quando il medico si trova in presenza di soggetti pretubercolari, con precedenti familiari, con scarsa o nulla sintomatologia specifica, deve pensare alla esistenza della tubercolosi delle ghiandole bronchiali.

La pressione di gangli bronchiali ingrossati sulla trachea e sui bronchi può produrre rottura di vasi ed emottisi, e la trachea ed i bronchi possono anche essere perforati producendosi dispnea grave con perdita della coscienza e morte.

Lo stato asmatico, enfisematoso, atelettasico, bronchiettasico, pneumoristico che si determina nel polmone per stenosi tracheo-bronchiale, favorisce lo sviluppo del bacillo tubercolare. La tubercolosi dell'ilo è in rapporto col rallentamento e la stasi della circolazione, e, specie nei bambini, essa precede quella dell'apice.

Il manifestarsi della tubercolosi polmonare non si ha soltanto per azione indiretta esercitata dalle ghiandole bronchiali tubercolari, ma anche per estensione diretta da esse al polmone, per il contatto diretto in cui le ghiandole dell'ilo si trovano coi polmoni. Così, mentre si ritiene comunemente che il bacillo di Koch penetri nell'alveolo per diffondersi nel lobulo polmonare, è assai probabile che il virus tubercolare vi arrivi dalle ghiandole bronchiali dell'ilo attraverso le guaine peribronchiali.

La pressione delle ghiandole bronchiali ostacola il passaggio dell'aria, l'alveolo si espande poco e non uniformemente, e la fase espiratoria è prolungata. Se la compressione è forte, i rumori respiratori sono deboli od anche aboliti; si rendono evidenti dopo pochi colpi di tosse per l'entrata di aria repentinamente ed in grande quantità. Se la compressione si esercita sulla circolazione linfatica e sanguigna, si ha infiltrazione edematosa e presenza di fatti umidi, i quali tuttavia possono essere mascherati dalla bronchite cronica, da condizioni asmatiche o enfisematose dipendenti dalla stenosi tracheo-bronchiale.

Nella diagnosi e nella cura della tubercolosi polmonare non deve perciò essere trascurato l'esame delle ghiandole bronchiali. *p. z.*

Il valore diagnostico dei tubercoli nelle coroide.

Vi è in questi ultimi tempi, la tendenza a trascurare questo notevole mezzo diagnostico, probabilmente perchè nelle affezioni meningee tutta l'attenzione è rivolta all'esame del liquido cerebro-spinale. Sydney Stephenson (*Lancet*, 9 settembre 1916), riporta tre casi inviati all'ospedale con diagnosi disparata (polmonite, appendicite), in cui la scoperta di tubercoli coroidei ha fatto riconoscere una tubercolosi acuta.

Tali casi sono stati osservati nel lasso di un paio di mesi; l'A. è tratto quindi a concludere che i tubercoli acuti della coroide siano tutt'altro che rari, purchè si cerchino nel posto giusto e nel modo più acconcio. Raramente essi si riscontrano nella pratica oftalmica ambulatoria, e così pure difficilmente li trova un oculista che faccia una o due visite settimanali ad un ospedale infantile. Ma invece il medico pratico, che li ricerchi sempre sistematicamente li troverà abbastanza spesso. Saranno di grande aiuto nella ricerca l'uso della euftalmina e dell'oftalmoscopio elettrico. Nei casi difficili l'A. non esita a somministrare un po' di cloroformio. Il reperto dei tubercoli coroidei nella meningite tubercolare, è, si può dire, costante. FIL.

Tubercolosi polmonare e pneumotorace artificiale.

Dagli studi recenti sul pneumotorace artificiale sono derivati criteri più precisi sull'uso e sulla valutazione dei risultati di questo metodo curativo (metodo Forlanini).

Indicazioni. — Alcuni vorrebbero limitare l'applicazione dello pneumotorace ai casi di lesione polmonare monolaterale; altri la estendono anche ai casi di lesione polmonare bilaterale. L'indicazione della monolateralità assoluta è troppo teorica, perchè i casi di tubercolosi polmonare monolaterali sono molto rari.

Oggidì la maggior parte dei tisiatri ritiene che quando le lesioni controlaterali non sono gravi nè estese, non costituiscono una controindicazione all'impiego dello pneumotorace.

Tra le controindicazioni figurano invece le lesioni specifiche del tubo digerente, quelle circolatorie e nervose, anche funzionali (isteria, epilessia), e la grave e progressiva depressione organica.

Quanto ai versamenti pleurici, questi sono talvolta utili perchè la flogosi pleurica può rendere più resistente il mediastino, il che permette di elevare la pressione al grado voluto; però, quando occorrono pressioni elevate per immobilizzare il polmone, o si tratti di pleuriti batteriche, purulente, lo svuotamento del cavo pleurico si rende necessario.

Meccanismo d'azione dello pneumotorace. — Tra i fattori attivi dello pneumotorace figura in prima linea quello meccanico della compressione ed immobilità del polmone. Cantani ed Arena danno sopratutto importanza all'azione dell'azoto. Secondo questi AA. l'azoto esplica una azione locale reattiva, proliferante sulla pleura: si ha aumento dello stato connettivale, dal quale partono numerose gettate che vanno a formare nel parenchima polmonare fasci di tessuto fibroso.

All'azoto spetta inoltre un'azione battericida, sedativa e narcotizzante sulle terminazioni nervose, e sui centri della respirazione; esso possiede pure la capacità di rallentare il metabolismo, determinando un ostacolo allo sviluppo della tubercolosi.

Pur confermando la maggiore importanza all'azione meccanica dello pneumotorace, non può contestarsi l'efficacia terapeutica dell'azoto e quella dell'autosieroterapia (Morelli).

Risultati. — Le statistiche parlano di risultati favorevoli a distanza e recenti.

U. Carpi ha ottenuto il 55 % di esiti favorevoli tra i guariti completamente (dopo 4 anni), i guariti clinicamente, e quelli ne' quali la collassoterapia ha dimostrato un andamento benefico nel decorso della lesione polmonare.

E. Pisani ha trattato 104 casi: i casi con lesione polmonare monolaterale hanno dato i risultati più favorevoli: 18 sono completamente guariti, hanno ripreso il loro ordinario lavoro, e godono da 4 o 5 anni buona salute; 6 sono notevolmente migliorati, 8 morti per complicazioni sopraggiunte durante il trattamento. Sui 72 casi di tubercolosi polmonare bilaterale in 33 ebbe miglioramento notevole confermato negli anni successivi; negli altri 39 il decorso, dapprima favorevole, divenne grave e letale, per il progredire delle lesioni controlaterali.

A. Cambiaso su 85 casi ha avuto il 38 % di guarigioni.

Luschi ha trattato 34 casi con esito soddisfacente.

E così via.

In complesso i reperti degli osservatori dimostrano l'efficacia dello pneumotorace se razionalmente praticato, specie quando è possibile raggiungere l'immobilità del polmone mediante il minimo di compressione. Esso tuttavia deve associarsi a tutto quanto favorisce la difesa organica, ed in particolar modo alla terapia igienico-dietetica.

p. z.

MEDICINA SOCIALE.

Bisogna sorvegliare la rieducazione del cammino nei feriti degli arti inferiori.

Imbert (*La Presse Médicale*, n. 39, 1917), designa generalmente nel nome di rieducazione ciò che non è che il tirocinio di un nuovo mestiere. Esistono al contrario alcune forme di rieducazione, che meritano questo titolo e di cui i feriti non si occupano sempre, come occorrerebbe. Esistono numerose maniere per un ferito di camminare viziosamente, e l'invalidità, che succede alle lesioni dell'arto inferiore, non è sempre, come si potrebbe credere, una conseguenza materiale della ferita: troppo spesso è dovuta ad una cattiva attitudine del piede, ciò che solo potrebbe concepirsi nei traumatismi, che hanno colpito direttamente il piede stesso.

Vediamo dapprima le ragioni di questa attitudine. Un ferito degli arti inferiori è naturalmente immobilizzato a letto, che può protrarsi anche per mesi. Ora, nel decubito dorsale, il piede ha tendenza a porsi ad angolo ottuso con la gamba, in equinismo. Se il focolaio traumatico è lontano (coscia) è molto raro che questa posizione divenga fissa: il caso è molto più frequente dopo le fratture della gamba, sopratutto se basse. In tali casi, se non ci si occupa del piede, questo si pone naturalmente in estensione: se al contrario il medico sorveglia la sua posizione, non può far ciò se non facendo sulla pianta una pressione compensata da una contropressione esercitata sulla gamba; ma è ben raro che questa contropressione possa esercitarsi unicamente sul segmento dell'arto situato al di sotto della frattura. Quasi sempre essa si esercita, almeno parzialmente, al di sopra di essa, sebbene per mettere il piede ad angolo retto sull'arto inferiore si produca un movimento, che non avviene che in parte nell'articolazione del collo del piede e che interessa ugualmente il focolaio di frattura. Si determina in tal modo questo angolo dei frammenti, a seno anteriore, che si osserva qualche volta.

L'equinismo è per l'arto inferiore un fattore considerevole di impotenza funzionale: per

camminare quasi correttamente occorre che il piede sia ad angolo retto: un lieve grado di estensione obbliga il ferito a non camminare che a passi irregolari, prendendo la precauzione di portare sempre in avanti il piede ferito. Quanto all'equinismo pronunciato, che si osserva troppo spesso, esso è peggiore di una amputazione: il ferito non camminerà mai all'infuori che con due grucce.

Non è d'altra parte da ritenere che l'equinismo possa sempre essere evitato, ma è certo che un'esatta sorveglianza potrebbe renderlo molto meno frequente.

Dopo aver tagliata la gamba ad un ferito, ammettono i chirurgi che esso sia guarito quando è cicatrizzato.

Ora guarito non lo sarà bene inteso mai, ma la stessa impotenza, di cui è affetto, si andrà attenuando a mano a mano che imparerà a camminare con una gamba artificiale.

Del pari quando il callo è costituito, quando la rigidità dell'arto nei fratturati è ristabilita, resta ai feriti di imparare a camminare e troppo spesso allora sfuggono alla direzione del chirurgo, camminando colle grucce. Ora, se il decubito dorsale obbliga all'equinismo, il cammino colle grucce è ancora peggio: accentua l'equinismo, l'aggrava di una flessione compensatrice del ginocchio e trasforma i feriti in infermi definitivi. Che occorre fare? le grucce sono un male necessario nei primi tempi, ma i fratturati, che comincino a camminare, debbono abbandonarle precocemente, dopo cioè 8 giorni, e, se ne hanno veramente bisogno, vuol dire che la frattura non è ancora bene consolidata ed occorre rimetterli a letto ed applicare un apparecchio; mentre se il callo può sostenere il peso del corpo, non vi sono ragioni per condannare all'inazione un arto, che può funzionare. Occorre anche sorvegliare il cammino: questo, se bene eseguito, guarirà un certo grado di equinismo, difficile ad essere evitato.

Quando cioè il malato lascia le sue grucce, deve camminare portando avanti la gamba sana. Quando conviene fare alzare i feriti dell'arto inferiore?

I feriti debbono camminare appena il loro callo è consolidato, al più tardi due mesi dopo l'accidente, fino da quando si ha la sicurezza di non essere più esposti alle deviazioni secondarie del callo.

Non è però da credere che l'equinismo ingiustificato del piede sia la sola attitudine viziosa capace di causare impotenze funzionali gravi nei feriti degli arti inferiori: essa è soltanto la più frequente.

P. C.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

M. STASSEN e J. VONCKEN. *Le Péritoine en Chirurgie de guerre.* Un vol. in-8° di 160 pagine. I. B. Baillière et Fils, ed., Parigi.

Si può dire che in chirurgia nessun argomento abbia dato luogo a discussioni tanto vivaci come quello del trattamento dei feriti addominali. Le tranquille opinioni degli astensionisti sono state sconvolte dalla guerra, non già per sostituire una formula a quella più vecchia, ma per confermare sempre più la necessità di un esame completo del malato per decidere il da fare.

Gli AA., che fanno parte dell'esercito belga, considerano in questo lavoro, frutto di coscienziose osservazioni cliniche, i feriti della cavità addomino-pelvica, feriti che possono essere extra- od intraperitoneali. La gravità di questi ultimi dipende sovratutto dal fatto che il tubo digerente sia integro o non.

La questione dell'intervento non va però posata sulla sintomatologia; questa è sempre tardiva ed inoltre sintomi di peritonismo possono osservarsi anche in feriti extra-peritoneali. Il chirurgo invece deve assicurarsi *de visu* dello stato reale delle cose e regolarsi in proposito.

Guidati da tali concetti gli AA. fanno una esposizione chiara della questione, che esaminano a fondo, portando il risultato della loro esperienza, senza l'inutile fardello di copiose bibliografie. *ini.*

OMBREDANNE e R. LEDOUX-LEBORA. *Localisation et extraction des projectiles.* Collezione Horizon, Précis de médecine et de chirurgie de guerre, Masson, édit.

Come, negli altri campi della scienza medica, tutti gli altri volumi della collezione, rappresenta un riassunto, in brevi pagine, di tutto quanto si è, sino dall'inizio della grande guerra, venuto aggiungendo in fatto di sistemi e di apparecchi e di processi già noti per localizzare ed estrarre i corpi estranei in genere ed i proiettili in particolare.

Il manuale, di comodo formato e corredato di numerose figure, sarà utilissimo non solo a coloro che sono da poco iniziati in tale speciale branca, ma eziandio ai già provetti, che non mancheranno di trovarvi notizie e cognizioni della massima attualità ed importanza.

Il manualetto in questione dovrebbe poi servire da *Vade-mecum*, a tutti quei nostri valorosi colleghi che, con le ambulanze radiologiche e chirurgiche, sono ora al fronte, e non sempre hanno a disposizione i volumi speciali della materia. G. M.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la resistenza interna e per la vittoria.

Nella gravità di quest'ora dolorosa volgiamo il pensiero e l'azione alla Patria, diamo le nostre forze spirituali e materiali a preparare la vittoria.

I medici che hanno la fortuna e l'onore di vestire la divisa militare intensifichino la loro opera in pro' dei combattenti; i medici civili prestino valida assistenza ai profughi.

Poichè i nemici interni sono riusciti a preparare ed a far abbattere sulla Patria il rovescio militare che deprechiamo, occorre oggi, più che mai, sventare la criminosa propaganda disfattista, opponendovi quella del patriottismo.

Per il loro ascendente e per i loro rapporti, i medici possono esplicare un'azione efficace in questo senso: sostenere le forze morali del popolo, reintegrare quelle dei combattenti; imporre la convinzione, la volontà, la necessità di vincere; imprimere chiara ed alta la coscienza del dovere.

Occorre sovratutto rendere compatta, fidente, alacre, la nazione che sta dietro l'Esercito combattente: rafforzare il fronte interno, che sorregge quello militare.

Il transitorio insuccesso non ci abbatta, ma ci ritempri.

E non venga meno la fede nel nostro destino!

* * *

Al patriottismo dei medici italiani fa appello la presidenza della Federazione degli Ordini dei medici, in una nobilissima lettera che riproduciamo:

Ai Presidenti
degli Ordini dei medici d'Italia.

A voi, che avete l'onore di presiedere in ogni provincia d'Italia gli Ordini dei medici, ai colleghi tutti che a questi Ordini sono iscritti, non occorre incitamento di parole, perchè l'opera dei medici italiani segua in questa ora di angoscia la tradizione nobilissima della nostra classe.

Lo ridicono al nostro cuore i medici morti nella guerra durante l'opera di sublime pietà e di amorevole assistenza ai nostri soldati, e quelli che caduti prigionieri, destano l'ammirazione del nemico per la serena opera di bene da loro sparsa verso ogni misero ferito o malato.

Ma non minore sarà la benemerenza per il sentimento vostro, che accompagnerà la concorde e tenace volontà del Paese di cacciare lo straniero dalla nostra terra, per l'assistenza che voi tutti, più larghi di generoso aiuto ai superstiti di ogni sventura, darete con animo fraterno ai doloranti profughi del Friuli invaso.

La Federazione degli Ordini dei medici sicura della vostra opera per accrescere la resistenza e la forza per vincere il nemico volge commossa il pensiero ai medici profughi, che aumentano il nostro obbligo di soccorso e attende con ferma fede del valore dell'Esercito e della virtù del popolo la salvezza e la fortuna d'Italia.

SILVAGNI.

Cronaca del movimento professionale.

Mentre il nemico profana il suolo Italiano, ciascuno di noi farà sacrificio di sè stesso alla Patria, senza limitazioni e senza tergiversazioni.

Per questo motivo diamo bando temporaneamente da questa rubrica a tutte le questioni di diritti e di rivendicazioni di classe o di categoria, le quali ci hanno avuto sempre assertori gagliardi e sereni.

Incombe un più alto dovere.

Ci limiteremo a far posto solo a notizie, atti e comunicati ufficiali, così del governo come di associazioni professionali.

Esoneri ai medici.

Si annunzia prossima la promulgazione di un *decreto* del Ministero della guerra, il quale disciplina la materia degli esoneri ai medici.

Esso estende l'esonero ai medici più anziani anche se abili, i quali abbiano già prestato servizio in zona di guerra. Al tempo stesso revoca gli esoneri ai medici con obblighi militari, i quali non abbiano fatto almeno un anno di servizio al fronte e non siano tecnicamente e nel modo più *assoluto* insostituibili.

Nomine ad effettivi di ufficiali medici di complemento.

Il *Giornale militare ufficiale* pubblica: In applicazione degli articoli 3, 5 e 7 del decreto luogotenenziale n. 1293 del 22 agosto 1915 relativo alla nomina a tenenti medici effettivi di ufficiali medici di complemento appartenenti a corpi e reparti dell'esercito operante e in applicazione del decreto luogotenenziale 27 maggio 1917, n. 943, relativo alla nomina a tenenti medici effettivi di tenenti e sottotenenti appartenenti alla Associazione della Croce Rossa Italiana e del Sovrano Militare Ordine di Malta che abbiano anche essi prestato servizio presso corpi e reparti dell'esercito operante, il Ministero ha determinato di effettuare sotto la data del 16 dic. 1917 le nomine di coloro che entro il 31 ottobre 1917 abbiano raggiunto il limite minimo di servizio stabilito per ottenere la nomina stessa. Le domande e le proposte corredate dalla copia dello stato di servizio dovranno pervenire al Ministero entro il 30 novembre 1917. Del presente concorso il Ministero riserba complessivamente agli uf-

ficiali provenienti dalla Croce Rossa Italiana e dal Sovrano Militare Ordine di Malta i due terzi del numero dei posti che all'atto delle nomine risultassero vacanti in base all'organico. In caso di mancanza di domande di ufficiali delle associazioni predette, i posti vacanti potranno esser ricoperti con ufficiali concorrenti del Regio Esercito e viceversa.

Congresso dell'A. N. M. C.

Il Consiglio direttivo dell'A. N. M. C. ha nella sua adunanza del 21 ottobre in Bologna deliberato d'indire in Roma, pei giorni 14 e 15 (e in caso di necessità anche pel 16) dicembre, l'ordinario Congresso della Associazione.

Sono quindi invitate tutte le Sezioni a mandare alla Presidenza Centrale colla maggior sollecitudine la notizia della loro partecipazione o meno al Congresso, acciò la Presidenza possa dalla statistica di queste adesioni avere i criteri necessari per la definitiva organizzazione del Congresso. In caso di non adesione si pregano vivamente le Sezioni di comunicarne le ragioni.

Le ammissioni, le discussioni e deliberazioni del Congresso saranno regolate dagli art. 13 e 14 dello statuto e 38 del regolamento. Potranno quindi partecipare ai lavori del Congresso tutte le Sezioni che sieno o si mettano prima del Congresso in regola coi pagamenti del 1916.

Come argomenti di statutaria discussione la Presidenza ha posto all'ordine del giorno: 1° Relazione morale e finanziaria; 2° Relazione dei revisori dei conti; 3° Rinnovazione delle cariche; 4° Eventuale relazione della Commissione per le riforme statutarie.

Chi avesse per quest'ultimo argomento proposte da fare è pregato inviarne il testo preciso alla Presidenza Centrale, che cercherà ancora una volta di poter convocare detta Commissione prima del Congresso.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Centri fisioterapici per il recupero degli invalidi temporanei.

Il Ministero della guerra (Direzione generale di sanità militare) ha diramato alle autorità sanitarie dipendenti la seguente circolare:

Sono istituiti nelle sedi di Torino, Pavia, Milano, Rapallo, Parma, Verona, Padova, Venezia, Modena, Camerino, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Cagliari, degli speciali *Centri fisioterapici militari* per la precoce cura dei postumi di lesioni traumatiche, determinanti invalidità temporanee.

I. — I *Centri fisioterapici* sono costituiti come segue:

N. 1. *a*) Di un *Ospedale fisioterapico* di adeguata efficienza, dotato di un completo impianto per cure chinesiterapiche, termoterapiche, elettroterapiche, ecc., da servire per il ricovero degli invalidi temporanei, che non fossero in grado di praticare la cura ambulatoriamente. Occorre a tal proposito tener presente quanto l'esperienza ha dimostrato e cioè, che fra i minorati temporanei che hanno bisogno di seguire un trattamento fisioterapico, un terzo solamente necessita di ospedalizzazione.

N. 2. *b*) Di un Deposito fisioterapico, quale formazione annessa, dove saranno accasermati tutti coloro, che sono in grado di fruire ambulatoriamente delle cure fisiche impartite nei gabinetti dell'Ospedale fisioterapico e che, nello stesso tempo, saranno sottoposti ad uno speciale trattamento ed allenamento metodico per mezzo della ginnastica medica e fisiologica.

Tali Depositi non devono quindi essere considerati come ospedali, ma come formazioni intermedie fra l'Ospedale e la Caserma, ed hanno lo scopo di alloggiare tutti gli invalidi temporanei perchè possano completare il suddetto trattamento fisico-ginnastico, ed esser messi in grado, nel minor tempo possibile, di raggiungere i rispettivi depositi reggimentali, dopo che siano ridivenuti atti al servizio.

La loro capacità dovrà pertanto essere, come quella dell'Ospedale fisioterapico, adeguata all'importanza dei gruppi ospitalieri, che dovranno alimentarli, ed alla media percentuale degli invalidi temporanei, che fino ad ora sono stati inviati in licenza di convalescenza dai suddetti Ospedali.

Essendo preferibile, agli stessi effetti della cura, che i depositi fisioterapici si istituiscano in località campestri ed aperte, si potrà, in mancanza di altri ambienti, provvedere alla sistemazione di essi con baraccamenti, possibilmente non lontani dall'Ospedale fisioterapico.

N. 3. L'organizzazione dei centri fisioterapici deve portare al risultato di sopprimere, per i minorati temporanei, le licenze di convalescenza, causa spesse volte dell'aggravarsi e del fissarsi di inabilità, che un opportuno e pronto trattamento fisioterapico può invece fare scomparire o notevolmente ridurre.

Per la stessa ragione non appena il centro fisioterapico inizierà la propria azione, non dovranno più essere inviati i sopradetti inabili ai comuni convalescenziarii, e dovranno anche cessare di funzionare, e ritenersi aboliti, i *reparti presidiari di cura.*

II. — *Funzionamento degli Ospedali fisioterapici.*

N. 4. L'Ospedale fisioterapico funziona come un comune ospedale di riserva, con le disposizioni determinate per tali stabilimenti dalle norme generali per la costituzione degli ospedali di Riserva.

Esso è fornito di un completo impianto per cure chinesiterapiche, termoterapiche, elettroterapiche e — possibilmente — di un gabinetto radiografico; nonchè degli apprestamenti chirurgici necessari per eventuali interventi secondari.

N. 5. Tutti gli infermi con postumi di lesioni, che costituiscono in qualche modo una minorazione temporanea della loro abilità fisica, saranno, dagli ospedali del territorio del corpo d'armata, avviati secondo istruzioni che daranno le singolari Direzioni di Sanità aggiunte, più precocemente che sia possibile, ai suddetti ospedali fisioterapici, ove sa-

ranno sottoposti subito alla visita di una speciale *commissione medica permanente,* costituita in genere di un chirurgo, di un medico neurologo e di un fisioterapista.

N. 6. Detta Commissione compilerà, per ogni infermo, una speciale *cartella ortopedica* (V. allegato n. 1), stabilirà se sono indicate per esso le cure fisioterapiche, e se è necessario che venga accolto nell'ospedale o se può essere invece passato senz'altro all'annesso Deposito, per frequentare i Gabinetti fisioterapici ambulatoriamente, ed intanto iniziare subito gli esercizî di ginnastica e di allenamento.

N. 7. La Commissione stessa rivisiterà gli infermi degenti nell'ospedale ogni 15 giorni, annotando per ciascuno il risultato della visita sulla rispettiva cartella ortopedica, e deciderà infine, dopo espletate le cure necessarie, se sia il caso di proporlo a rassegna per la riforma, oppure di farlo passare al Deposito fisioterapico annesso, dove dovrà trasferirsi colla cartella ortopedica, portante le annotazioni raccolte nell'ultima visita.

N. 8. La Commissione stessa dovrà infine rivisitare tutti quelli che dal Comando del Deposito fisioterapico vengono proposti per la dimissione, dopo espletate le cure ginnastiche complementari, e tenuto conto dei dati che, per ciascuno dei soggetti, saranno raccolti dal Direttore del servizio sanitario del Deposito, in apposita scheda individuale di valutazione fisica, pronunzierà il giudizio di ricuperata idoneità incondizionata, o ai servizi territoriali o solo ai sedentari, e confermerà la disposizione di rinvio ai rispettivi Depositi reggimentali.

N. 9. Nei casi in cui, espletati tutti i mezzi di cura, non si sia ottenuto alcun notevole miglioramento, e l'inabilità permanga immutata, la Commissione provvederà alle proposte medico-legali del caso.

N. 10. Se una sola Commissione fosse insufficiente, il Direttore di Sanità potrà nominare delle sottocommissioni, che cooperino ad espletare il complesso compito.

Però dette sottocommissioni dovranno considerarsi in diretta dipendenza del presidente della Commissione medica permanente, il quale deve controfirmare tutte le decisioni.

Il regolare funzionamento di dette commissioni avviene sotto la responsabilità e vigilanza del Direttore dell'Ospedale fisioterapico, che ha alla sua diretta dipendenza, agli effetti tecnici, disciplinari ed amministrativi anche il comando dell'annesso Deposito.

III. *Funzionamento dei Depositi fisioterapici.*

N. 11. I Depositi fisioterapici dovranno essere più che sia possibile vicini all'Ospedale al quale sono ammessi, e dalla cui Direzione, come si è detto, dipendono tecnicamente, disciplinarmente ed amministrativamente.

Detti Depositi però non devono essere considerati come ospedali, ed il loro ambiente dovrà piuttosto corrispondere a quello della caserma.

N. 12. Non mancherà presso ciascun Deposito, un ampio piazzale o cortile uso palestra ginnastica, per gli esercizi di allenamento, e possibilmente vi sarà anche un ambiente coperto, affinchè, nelle giornate di cattivo tempo, la cura ginnastica non venga interrotta.

Le camerate saranno in genere vaste, bene aereate ed arredate con brande, onde i giacigli possano essere facilmente rimossi, per lasciar libero molto spazio coperto per gli esercizi ginnastici, in caso che manchi un ambiente apposito.

N. 13. Presso la Direzione sanitaria del Deposito dovrà essere istituito uno speciale gabinetto per le valutazioni fisiche corredate dei necessari attrezzi:

1 spalliera completa con accessorî, modello dottor Gualdi; 3 sgabelli annessi alla spalliera; 1 artrometro; 1 dinamometro; 5 fettucce metriche; qualche tappeto o coperta da campo.

Data la semplicità del metodo, il Deposito fisioterapico non avrà bisogno di un'importante dotazione di altri attrezzi ginnastici.

Basterà che ogni minorato sia fornito di una coperta da campo e di un telo da tenda, per distendersi nelle varie stazioni fondamentali.

Non dovranno però mancare i segueti attrezzi:

Bastoni ginnastici in numero eguale al sesto dei militari ricoverati nel Deposito; 10 sgabelli (come i sopraindicati annessi alla spalliera); 5 sedili con piano inclinato; 10 funi da salita dei diametri di 2,3 e 4 cm.; 50 sacchetti di sabbia di peso vario (il peso deve raggiungere la metà del peso del corpo dell'indivuiduo), nonchè alcuni semplici dispositivi per compiere i comuni esercizi ginnastici di applicazione (barriere, fossi per i salti, ecc.).

Del resto il minore o maggior numero di tali attrezzi sarà in relazione con l'efficienza del Deposito e con lo spazio in esso disponibile.

Ogni Deposito fisioterapico dovrà essere fornito di bagni a doccia, dei quali gli invalidi dovranno fare largo uso.

N. 14. Gli oggetti di corredo necessari per i rifornimenti dei militari ricoverati nel Deposito, sia durante la permanenza in esso che all'atto della dimissione, saranno richiesti al Magazzino dell'Ospedale del Centro che ne terrà sempre una scorta sufficiente e proporzionata ai bisogni.

N. 15. Durante gli esercizi ginnastici, nella buona stagione, gli invalidi indosseranno soltanto delle semplici mutandine di tela o di cotone. Nella cattiva stagione, il torace e l'addome dovranno essere coperti dal farsetto a maglia e dalla fascia di lana ed anche l'arto leso dovrà essere protetto da una grossa e ruvida maglia tubolare.

Tenuto conto che i militari accolti nei Depositi fisioterapici sono oramai guariti dalle loro ferite, delle quali non residuano che dei postumi, occorre anzitutto che essi si persuadano che, se in tempi ordinari, i non perfettamente guariti sono esentati da ogni servizio interno, tale esenzione non può essere ammessa in tempo di guerra, da parte di quelli che hanno ormai raggiunto un certo grado di abilità, sia pure incompleta, poichè è comune dovere mettere tutte le proprie forze al servizio della Patria.

D'altronde l'applicazione agli ordinari piccoli servizi interni di caserma, ed il moderato esercizio che ne consegue, giova al repristino delle forze ed al più rapido ricupero della propria validità.

I ricoverati quindi nei Depositi fisioterapici dovranno collaborare ai lavori ed ai servizi interni, nella misura che sarà individualmente stabilita, su proposta del medico dirigente il servizio sanitario, ed i Comandi dei Depositi fisioterapici, dovranno sorvegliare che nessuna infrazione alla disciplina avvenga, da parte dei ricoverati, anche nel senso di sottrarsi indebitamente ai suddetti lavori e servizi.

N. 16. Il Comando del Deposito fisioterapico dovrà mantenersi in continuo rapporto con la Direzione del Centro fisioterapico, dalla quale dipende.

A ciascun Deposito saranno addetti, nel numero necessario, ufficiali di qualunque arma, a preferenza invalidi, coadiuvati da un adeguato numero di sottufficiali (circa il 4 per cento della forza). Tali elementi dovranno essere pure invalidi od appartenere a classi anziane.

N. 17. L'istruzione ginnastica verrà impartita da maestri di ginnastica e da capi squadra. I maestri saranno scelti fra gl'insegnanti di educazione fisica, che si trovano in servizio militare, e che abbiano seguito uno speciale corso d'istruzione in tal genere di esercizi.

I capi squadra saranno invece scelti tra gli invalidi, che abbiano dimostrato speciali attitudini, durante il periodo della loro permanenza al Deposito, e che non abbiano ancora riacquistato una abilità completa al servizio militare.

N. 18. Al Comando del Deposito saranno permanentemente addetti uno o più ufficiali medici appartenenti all'Ospedale fisioterapico, con la principale mansione di sorvegliare continuamente l'andamento delle cure ginnastiche e dell'allenamento.

Da essi i maestri istruttori dovranno dipendere per tutto ciò che riguarda la parte tecnica delle loro mansioni.

Il più anziano di detti ufficiali medici funzionerà da Direttore del servizio sanitario del Deposito, e, sotto la sua sorveglianza e responsabilità, saranno raccolti i dati da iscriversi sulla scheda individuale, di valutazione fisica, che verrà presentata alla Commissione medica del Centro fisioterapico, all'atto di prendere le definitive decisioni, circa le dimissioni del Deposito di ciascun infermo.

N. 19. Tutti i militari dei Centri fisioterapici sono tenuti, a seconda delle prescrizioni mediche, a frequentare ambulatoriamente i gabinetti dell'Ospedale fisioterapico, eseguendovi le cure nelle ore stabilite. La frequenza e la regolarità delle cure, dovrà essere strettamente sorvegliata dal Comando del Deposito, assicurandola con adeguati mezzi di controllo.

Tali cure non costituiscono però che la parte individuale del trattamento da eseguirsi nei Depositi, perchè tutti i militari che vi pervengono dovranno essere sottoposti subito alla ginnastica medico fisiologica di allenamento collettivo.

N. 20. Nel Deposito fisioterapico funzionerà per le comuni leggere malattie una infermeria, con carattere di infermeria reggimentale, ad evitare più che sia possibile, il trasferimento negli ospedali ordinari di questi speciali infermi, o anche il loro rinvio all'ospedale fisioterapico.

N. 21. All'atto del loro ingresso al Deposito verrà, per ciascuno dei ricoverati, riempita, sotto la direzione del medico dirigente il servizio del Deposito stesso, la scheda individuale di valutazione fisica, di cui al n. 18, che dovrà poi essere, ogni decade, corredata delle successive annotazioni.

Infatti ogni decade i minorati saranno visitati dal suddetto medico dirigente il servizio del Deposito, e potranno far passaggio da una squadra ad un'altra, a seconda della maggiore abilità acquistata, fino a che non raggiungano le condizioni di poter essere proposti per la dimissione.

La scheda individuale dovrà poi accompagnare ciascun militare al proprio corpo, affinchè possa esser tenuta presente dai medici reggimentali nei casi di allegata inabilità.

La cartella ortopedica invece, corredata di una copia della tabella individuale, all'atto della dimissione dei militari dal Deposito, verrà rimandata alla Direzione del Centro fisioterapico, ove dovrà venir conservata.

N. 22. Il Comando del Deposito fisioterapico avrà la massima cura che i militari sottoposti alla ginnastica di allenamento non siano mai lasciati abbandonati a sè stessi.

Fin dalla sveglia (alle 7.30 nella stagione invernale ed alle 6 nella stagione estiva) essi saranno occupati in speciali riprese di esercizi collettivi, sotto la direzione dei maestri.

Gli esercizi graduali di ginnastica, che saranno interrotti da opportuni periodi di riposo, non dovranno mai impedire che, nell'ora fissata, gli infermi a cui venne prescritta la cura, accedano ambulatoriamente ai gabinetti di terapia fisica dell'Ospedale annesso.

Sarà poi cura dei medici o dei maestri che gli esercizi ginnastici vengano eseguiti in maniera da non stancare, ma da portare ad un progressivo allenamento coloro che vi sono sottoposti. Nel corso della giornata saranno dedicate alcune ore all'esercizio di lavori agricoli o manuali.

Agli esercizi fisici, ai lavori ed alle cure si interporrà poi utilmente qualche lezione teorica o qualche conferenza di carattere patriottico o morale, fatta dagli ufficiali.

Dopo la somministrazione del secondo rancio, potrà essere concessa la libera uscita a tutti coloro pei quali il Direttore del servizio sanitario conceda il *nulla osta*, che verrà dato, in genere, dopo iniziata la seconda decade di permanenza nel Deposito.

Non potrà però essere concessa la libera uscita a quei militari che abbisognassero ancora, per deambulare, di stampelle o di altri mezzi tutori, a meno che non si tratti di un semplice bastone.

N. 23. Le sanzioni disciplinari alle quali potranno essere sottoposti i militari accolti nei Depositi fisioterapici sono tutte quelle previste dal regolamento di disciplina, tenuto conto che l'applicazio-

ne di qualunque punizione non dovrà interrompere il trattamento fisioterapico e ginnastico, nè diminuirne l'efficacia terapeutica.

N. 24. Qualora i militari, già dimessi guariti da un Centro fisioterapico, fossero riconosciuti abbisognevoli di nuove cure ospitaliere, per eventuali complicazioni dell'antica lesione, essi dovranno venir mandati nuovamente in cura soltanto presso il locale Centro fisioterapico.

La Direzione di tale Centro, richiederà a quella del fisioterapico, dal quale l'infermo proveniva, copia della *Cartella ortopedica* e della *scheda individuale*, onde aver norma per le ulteriori cure e provvedimenti.

N. B. Alla circolare sono allegati i due modelli della *cartella ortopedica* e della *scheda di valutazione individuale*.

Certificati medici agli operai militarizzati.

Dai RR. Prefetti è stata diramata alle Presidenze degli Ordini dei Medici la seguente circolare:

« Il Ministero per le armi e munizioni preoccupato della assoluta necessità che la produzione di esse non abbia a soffrire interruzioni di sorta, con circolare 30 giugno u. s. n. 54911 richiama l'attenzione della classe sanitaria e specialmente dei liberi esercenti sulle frequenti assenze degli operai, esonerati o meno, degli stabilimenti ausiliari i quali, per motivi molto spesso di nessuna importanza o per nascondere il passaggio arbitrario ad altro stabilimento, ricorrano per giustificazione, ai medici per avere un certificato di malattia o di malessere denunciando i più svariati disturbi e spesso riuscendo a sorprenderne la buona fede.

« Queste assenze, se pur brevi ma molto frequenti, arrecano grave danno alla continuità ed intensità della produzione delle armi e munizioni, nuocciono alla disciplina interna degli stabilimenti ed espongono gli operai stessi a gravi pene, l'abbandono del lavoro essendo un delitto contemplato accanto a quello di diserzione ed il passaggio arbitrario ad altro stabilimento essendo equiparato dal Codice Penale Militare all'abbandono di posto.

« La mancata conoscenza di dette disposizioni può spiegare una non sufficiente oculata cautela da parte dei medici nel rilascio dei certificati di malattia o di malessere non completata forse da una accurata disamina ed una rigida valutazione dell'entità dei disturbi accusati dagli operai.

« La prego perciò di portare a conoscenza degli iscritti all'Albo le disposizioni del Decreto Luogotenenziale 5 novembre 1916, n. 1684, relativo alle norme penali e disciplinari per gli stabilimenti di produzione per la guerra, siano militari che dell'industria privata, e, nel contempo, faccio appello a nome del Ministero al provato sentimento di devozione al Paese della classe medica, perchè, dando la sua valida e preziosa collaborazione, comprenda tutta la responsabilità del suo contributo, nell'assicurare la piena efficienza delle maestranze belliche ed un regolare e sempre migliore rendimento di questa mano d'opera che lavora per la vittoria.

Firmato il *Prefetto* ».

Decreto Luogotenenziale n. 1684 del 5 novembre 1916.

Art. 1. — Gli addetti agli stabilimenti militari di produzione per la guerra e agli stabilimenti ausiliari, regolati dal Decreto Luogotenenziale 22 agosto 1915, n. 1277 sono soggetti oltre che alla disposizione del Codice Penale per l'Esercito alle seguenti speciali disposizioni mantenuta, anche per l'applicazione di queste disposizioni, la competenza dei Tribunali Militari.

Art. 2. — Chiunque, appartenendo al personale di uno degli Stabilimenti di cui all'art. 1 si assenti dallo Stabilimento per cinque giorni senza autorizzazione, o essendone regolarmente assente, non vi rientra senza motivo legittimo nei cinque giorni successivi di quello fissato per il ritorno è punito con carcere militare da due mesi ad un anno.

La stessa pena può applicarsi anche in seguito ad assenze di sole 24 ore secondo le circostanze, per dichiarazione di abbandono di lavoro emessa da chi rappresenti l'Autorità Militare preposta alla sorveglianza disciplinare sul personale dello stabilimento, udito il Direttore dello Stabilimento medesimo. Se il fatto sia commesso di concerto fra tre o più individui del personale suddetto, la pena è aumentata da uno a tre gradi.

Art. 3. — Chiunque appartenendo al personale di uno degli Stabilimenti di cui all'art. 1 passa da questo Stabilimento ad un altro come all'articolo stesso, senza autorizzazione, è punito col carcere militare da due mesi a sei. Se il fatto sia commesso di concerto fra tre o più individui del personale suddetto la pena è aumentata da uno a tre gradi.

MEDICINA SOCIALE.

L'assistenza ai riformati per tubercolosi.

Il dott. A. Zambler rileva, su *Il Veneto*, il dovere dello Stato di assistere i riformati per tubercolosi, che all'atto della mobilitazione furono dichiarati idonei alle fatiche di guerra e quindi presumibilmente trovati in buone condizioni di salute e di struttura morfologica e che hanno sacrificato alla Patria il loro bene maggiore, cioè la salute e l'attitudine al lavoro; rileva il dovere e l'interesse dello Stato di impedire il contagio nelle famiglie dei riformati stessi.

Gli assegni vitalizi che lo Stato dovrebbe versare per ogni singolo riformato al momento stesso del suo congedo definitivo — non irrisori, ma proporzionati all'urgenza ed alla gravezza del bisogno — andrebbero versati non al riformato od alla sua famiglia, poichè l'esperienza insegna che troppe volte i sussidi in denaro consegnati direttamente, vengono dagli ammalati o dai loro congiunti adoperati per scopi differenti da quelli che la cura e la profilassi domanderebbero; ma versati invece alle singole Commissioni provinciali della Croce Rossa, le quali se ne assumerebbero così l'amministrazione ed eserciterebbero a mezzo dei propri membri, dei medici locali, dei dispensari e delle dame visitatrici, un'azione continua di controllo sullo svolgersi dell'assistenza a domicilio.

Per facilitare l'ospedalizzazione dei riformati, che costituirà il mezzo curativo e profilattico principale e che per l'avvenire dovrà essere estesa a tutti i malati di tubercolosi, potrà valere il decreto-legge del 25 giugno, il quale disciplina la concessione a Provincie ed a Comuni di mutui di favore con esenzione d'interessi e a lungo ammortamento entro il limite di lire 200,000, allo scopo di favorire in genere le opere antitubercolari.

Esistono attualmente in Italia dieci Sanatorii per le forme di tubercolosi polmonari incipienti e suscettibili di guarigione, sette tubercolosari e 54 sezioni ospedaliere, questi ultimi per il ricovero di tubercolosi cronici e per i quali il ricovero rendesi indispensabile a causa delle speciali condizioni economiche e famigliari dei malati.

In totale, per l'ospedalizzazione dei tubercolosi si avrebbero a disposizione poco più di 4000 letti, numero che risulta assolutamente inadeguato al bisogno quando si pensi, ad esempio, che nel solo anno 1914 morirono di tubercolosi polmonare in Italia 37,372 individui.

Se non si provvederà adeguatamente, questo stato di cose verrà certamente ad aggravarsi dopo la guerra quando i *mutilati del polmone* verranno ad aumentare il numero di coloro che chiederanno il ricovero per lenire le loro sofferenze.

A risolvere questo grande problema di medicina sociale si presenta per lo Stato un mezzo di notevole efficacia: *l'assicurazione obbligatoria contro le malattie per gli operai e per i lavoratori della terra*, che oltre ad integrare l'assicurazione sugli infortuni del lavoro, solleverà all'altezza voluta l'assistenza sanitaria a domicilio e quella ospedaliera per le classi meno abbienti, togliendo anche così un onere finanziario che è divenuto ormai insopportabile alla maggior parte dei nostri Comuni.

*
* *

Anche A. Dori nel *Pensiero Medico* patrocina l'assicurazione obbligatoria, che vorrebbe ristretta provvisoriamente alla sola tubercolosi.

Egli rileva la deficiente assistenza ospedaliera ai tubercoosi, prendendo per paradigma la provincia di Pavia.

Il Governo sta organizzando provvedimenti generali per i reduci tubercolosi, ma non conviene illuderci su tali provvedimenti, poichè i molteplici provvedimenti del dopo guerra assorbiranno molto l'attenzione del Governo ed i mezzi della Nazione. Intanto nell'approvazione della legge recente sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni del lavoro agli agricoltori, è stato invitato il Governo a presentare, nel termine di tre anni, una legge per l'assicurazione obbligatoria per tutte le malattie. Se non che anche nel 1902 e nel 1903 la Camera ed il Senato presero atto della necessità di una legge per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie degli operai, comunque cagionate, e invitarono il Governo a studiare un progetto di tale legge. Da allora sono trascorsi molti anni e nulla è stato fatto.

All'invito, recentemente rinnovato, dalla Camera e dal Senato, auguriamoci non tenga dietro un ugualmente lungo periodo di inazione, ma tutto è possibile: una legge sulla assicurazione obbligatoria contro le malattie non è facile, ma il termine assegnato al Governo per preparare tale legge non è breve (tre anni). Perciò non del tutto fuori di luogo può essere il domandarci, se dinanzi alla urgenza assoluta della difesa della Società dal dilagare della tubercolosi, non possa essere opportuno, come avviamento alla assicurazione obbligatoria contro le malattie in genere, una pronta assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi.

R. B.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7039) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da D. — Se il Comune corrisponde al proprio medico condotto lo stipendio in cifra minore di lire 4500, deve corrispondergli la indennità caro-viveri, ancorchè egli presti servizio come interino in altro viciniore Comune. A mente del capoverso dello articolo 1° del D. L. 26 luglio ultimo, n. 1181, l'ammontare della unica indennità sarà corrisposta al medico da entrambi i Comuni presso cui presta servizio, ciascuno in proporzione dello stipendio assegnato.

(7040) *Aumento sessennale - Pagamento.* — Dottor F. B. da B. — Nessuna legge o decreto sospende durante lo stato di guerra il pagamento degli aumenti sessennali agli impiegati comunali in genere ed ai medici condotti in ispecie. Ella ha acquistato il diritto al sessennio fin dal 23 agosto 1916 nella misura di annue lire 250. Se il Comune, non ostante i fatti eccitamenti, persiste nel rifiuto od omette di provvedere Ella può, per ottenere maggiore sollecitudine, adire l'ordinaria autorità giudiziaria competente per valore.

(7041) *Pensioni.* — Dott. M. M. da A. — Gli anni durante i quali non si è prestato servizio di condotta non possono essere calcolati agli effetti della pensione nemmeno se fossero pagati nel frattempo i prescritti contributi per conto dell'ente e del sanitario e ciò perchè la Cassa di previdenza è istituita per i medici condotti e non già per i liberi esercenti. Qualora si iscrivesse ora alla predetta Cassa, il periodo utile per acquistare il diritto alla pensione decorrerebbe dalla data della inscrizione medesima. L'inscrizione alla Cassa di previdenza è obbligatoria; Ella può rimanervi inscritto anche durante il servizio militare, pagando il contributo annuo di lire 132. Tale contributo è momentaneamente anticipato dal Comune; salvo rivalsa sulle competenze dovute al sanitario. Per percepire la pensione occorre aver compiuto un servizio di condotta di anni 24, sei mesi ed un giorno. Tornando nella classe dei liberi esercenti non si ha diritto alla restituzione dei contributi pagati durante il servizio di condotta. Il regolamento generale per la Cassa di previdenza porta la data del 7 gennaio 1917 e fu pubblicato sulla

Gazzetta Ufficiale del 10 aprile 1917, n. 84 (supplemento).

(7042) *Indennità caro-viveri.* — Dott. S. F. da R. nell'E. — Poichè Ella riceve dallo stesso Comune un complessivo annuo compenso di lire 5900 non ha diritto alla indennità caro-viveri, che è, invece, corrisposta a tutti coloro che hanno complessivo stipendio inferiore alle lire 4500.

(7043) *Indennità caro-viveri.* — Dott. U. M. da A. — Poichè Ella riceve dal medesimo ente il complessivo stipendio di lire 5740 non ha diritto al pagamento della indennità caro-viveri, che è concessa solamente a coloro che percepiscono stipendio da lire 4500 o meno.

(7044) *Servizio presso l'Amministrazione della Croce Rossa.* — Dott. P. B. da F. E. — Se l'Associazione della Croce Rossa La mandasse a casa definitivamente, avrebbe diritto di rioccupare il posto di condotta in quanto che, in tal caso, perderebbe lo stipendio che ora percepisce pel servizio che presta presso l'ospedale territoriale. Ma se il licenziamento è temporaneo, durante, cioè, la chiusura invernale dell'ospedale in modo che rimanga, nel frattempo, integro il vincolo fra Lei e la benemerita Associazione, con relativa corrisponsione dello stipendio, non può rioccupare il precedente posto di condotta dovendo rimanere sempre e continuamente a disposizione della Croce Rossa. Occorrerebbero, pertanto, maggiori e più specifici chiarimenti.

(7045) *Aspettativa - Pensioni.* — Dott. G. T. da C. M. — Se nel capitolato, cui Ella accenna, l'aspettativa per motivi di salute, di studii o di famiglia è prevista come semplice facoltà e non come diritto del sanitario, il Comune può negarla adducendo l'impossibilità di provvedere, nello attuale momento, alla sostituzione temporanea del sanitario medesimo. Se, invece, è portata come diritto il medico può chiederla ed ottenere senza eccezione di sorta. Occorrerà, pertanto, consultare ponderatamente il detto capitolato. Il tempo passato in aspettativa per motivi di famiglia non è calcolato agli effetti della pensione. È, invece, integralmente computato quello passato in aspettativa per ragioni di salute.

(7046) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. S. da S. — Senza reclamo da parte dello interessato, cui sia stata dal Comune eventualmente negata, la Giunta Provinciale Amministrativa non può concedere di ufficio la indennità caro-viveri agli impiegati municipali compresi nel territorio di sua giurisdizione. Qualora il Comune non la comprenda nel novero di coloro che abbiano diritto ad averla, Ella può ricorrere alla predetta Giunta, che provvederà secondo legge.

(7047) *Cassa di previdenza per i medici condotti - Indennità caro-viveri.* — Dott. F. B. da F. di S. — Il medico condotto interino non ha obbligo di corrispondere il contributo alla Cassa di previdenza. Ha, però, facoltà di versarlo ed in tal caso i relativi anni di servizio sono calcolati unicamente per il raggiungimento del diritto alla pensione mentre questa sarà valutata in base agli anni durante i quali si è stati titolari effettivi. Poichè Ella presta servizio presso due Comuni o enti locali da ciascuno dei quali percepisce stipendio minore di lire 4500, ha diritto ad una unica indennità di caro-viveri, che sarà ripartita fra i due Comuni in proporzione degli stipendi che ognuno di essi Le corrisponde. Tanto è disposto dallo articolo 1° del D. L. del 26 luglio p. p., n. 1181.

Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. N. P. da L.:

Il nuovo elenco delle infermità vale per tutti: ufficiali, graduati e soldati.

Il collega può essere adibito ai servizi di prima linea se l'ernia è riducibile e contenibile, perchè essa non è causa di riforma per gli ufficiali e sottufficiali.

All'abb. n. 3418:

Data la sua anzianità gli spetta la promozione, ma occorre che il Distretto dal quale dipende compili lo specchio di avanzamento dopo aver chiesto le informazioni al Corpo Mobilitato presso il quale il collega ha prestato servizio, quando era in zona di guerra.

Se percepisce già una indennità caro-viveri non può percepirne una seconda.

All'abb. n. 7157:

La circolare 734 del G. M. 1916, stabilisce tassativamente quali debbono essere i titoli per il conferimento dei varii gradi nel corpo sanitario di complemento.

In generale la Commissione esaminatrice dei titoli non tiene conto, per il conferimento dei gradi, di titoli equipollenti e quindi ritengo che malgrado quelli numerosi ed importanti da lei posseduti, non potrà venirle conferito il grado di capitano.

All'abb. n. 8841:

L'elenco delle infermità riguarda i militari tutti, ufficiali e soldati.

Al dott. D. P. G. da T.:

Per essere dichiarato promovibile e messo sul quadro di avanzamento occorre l'idoneità incondizionata, che potrà risultare da una nuova visita sollecitata dall'interessato.

Al dott. E. P. da P.:

Il Comune è tenuto a pagare lo stipendio per due mesi a decorrere dal giorno in cui il medico si è presentato alle armi, e non da quello in cui è stato nominato ufficiale.

Al dott. C. F., Zona di guerra:

I medici appartenenti ai reparti mobilitati debbono portare le mostrine ed il fregio della Sanità militare.

Al dott. G. M. 8119:

Il computo della differenza avviene fra i due stipendii netti. Anche se degente all'Ospedale ha diritto all'indennità di ammogliato.

All'abb. n. 3418:

Nella zona territoriale non è ammessa la promozione ai quadri successivi nel ruolo di complemento, mentre *in zona di guerra* gli ufficiali concorrono all'avanzamento insieme con gli effettivi. Cfr. circolare 752 G. M. 1916 sempre vigente.

All'abb. n. 343:

Tutti gli ufficiali a qualsiasi categoria appartengano e qualunque anzianità abbiano possono essere proposti per la promozione per l'art. 13.

Al dott. S. M. da B.:

Non può essere nominato tenente non avendo i prescritti 5 anni di laurea.

Come tutti gli altri impiegati può pretendere per i primi due mesi che presterà in servizio militare anche lo stipendio che percepiva dal Comune.

In seguito potrà optare per lo stipendio che più gli conviene.

All'abb. n. 9125:

È già stato risposto che solo i militari di truppa debbono per ora presentarsi alla visita a Firenze.

Essendo gli aspiranti da considerarsi come ufficiali dovrebbero esserne esclusi.

All'abb. n. 8299:

Dati i provvedimenti dai quali è stato colpito, unica via per la reintegrazione nel grado è il ricorso al Consiglio di Stato.

All'abb. n. 7296:

Solo agli ufficiali congedati *definitivamente* spettano i due mesi di stipendio.

All'abb. n. 6394:

Avendo già chiesto ed ottenuta la nomina ad ufficiale *di complemento* non può ora far domanda di passaggio nella Milizia Territoriale perchè i passaggi di categoria non sono ammessi in tempo di guerra.

Del resto il trattamento per le due categorie è identico.

All'abb. n. 8523:

Date le eccezionali condizioni della famiglia può fare una domanda al Ministro per ottenere che almeno uno dei fratelli ottenga l'assegnazione in zona territoriale.

Però nessuna disposizione del genere di quella accennata dal collega esiste.

Al dott. F. B. da F. d. S.:

Nessuna delle allegate infermità è causa di riforma.

La Commissione visitatrice giudicherà se il grado dell'otite sia tale da non renderlo idoneo al servizio incondizionato.

All'abb. n. 9071:

Non esiste nessuna disposizione del genere di quella accennata dal collega. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Dal Comune di Massa Marittima cercasi d'urgenza un medico condotto per la durata della guerra. Condizioni da convenirsi. Richieste al R. Commissario.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Mario Ragazzi, dell'Ufficio Municipale d'Igiene della città di Genova, ha conseguito in questi giorni la libera docenza per titoli in igiene pedagogica presso la R. Università di Genova.

Cordiali rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE

Per la Patria.

Sono caduti in guerra i dottori:

ADINOLFI GIULIO, tenente medico, da Napoli;
CARATI ERNESTO, tenente medico, da Bologna;
SCOLARI MARIO, capitano medico, da Venezia.

Di malattia contratta in servizio è morto il dottor ROBERTI NICOLA, tenente medico, da Rofrano (Salerno).

Ambulanze pel nostre esercito offerte degli Americani.

Un comitato di poeti americani ha raccolto finora oltre 80,000 dollari, ossia circa mezzo milione di franchi, per donare all'esercito italiano delle auto-ambulanze. Queste vengono acquistate in Italia al prezzo di 2000 dollari ciascuna. Ne sono già state provviste ventotto, ed alcune portano il nome del donatore.

In un'adunanza tenuta a New York a scopo di propaganda, parlò fra gli altri il maggiore medico dottor Serrati, da Milano, ispettore dell'emigrazione a New York.

Il Comitato intende raggiungere presto il numero di cento auto-ambulanze.

Istituto dei ciechi di guerra a Salerno.

Si è inaugurato senza alcuna cerimonia a Salerno — alla presenza di parecchi cittadini — l'Istituto dei ciechi di guerra al Corso Garibaldi, palazzina D'Agostino, dovuto all'iniziativa ed alla tenacia del cav. prof. Carlo Carucci, direttore della locale Scuola tecnica.

Furono molto ammirati i locali, già arredati di tutto il conforto necessario. Il cieco prof. Marinuzzi, valoroso maestro di piano e di organo, eseguì alla perfezione scelta musica.

Tra qualche giorno comincerà la lavorazione di oggetti di vimini, quella della legatoria di libri ed altro. Dopo parole di conforto ai ricoverati che avevano da poche ore lasciata la famiglia e di augurio al prof. cav. Carucci, si chiuse la simpatica festa.

Beneficenza.

La signorina Maria De Sanna di Napoli, ha offerto L. 100,000 alla Croce Rossa affinchè si eriga un piccolo padiglione destinato a raccogliere i soldati reduci dal fronte affetti da tubercolosi. Ella ha manifestato il desiderio che il padiglione sia intitolato al nome del padre Roberto De Sanna.

La Fabbrica Italiana di Automobili di Torino («Fiat») ha approvato di devolvere la somma di lire 500,000 all'erigendo Istituto degli orfani dei caduti in guerra.

L'industriale cav. Luigi Spadaccini ha elargito la somma di lire 10,000 all'Opera di prevenzione antitubercolare infantile di Milano, impegnandosi con essa al mantenimento di un bambino nell'Asilo di Biassano.

La Camera agrumaria di Messina ha deliberato di elargire la somma di lire 30,000 in favore dell'Istituto dei mutilati di Palermo.

Per la riassunzione in servizio degli invalidi di guerra.

È stato pubblicato un Decreto ministeriale che approva gli elenchi degli esiti di lesioni o infermità pel mantenimento o la riassunzione in servizio dei militari invalidi della guerra.

Eroismo di un medico.

Si ha notizia che il medico di bordo del cacciatorpediniere inglese « Strongbow », benchè gravemente ferito in combattimento avvenuto nel Mare del Nord, il 17 ottobre, prestò i suoi soccorsi a sedici marinai norvegesi, riuscendo a salvarne la vita, prima di ricevere egli stesso qualsiasi assistenza. Non ne viene fatto il nome.

Un medico vittima dei raggi X.

Il dott. Vaillant, direttore del servizio radiologico dell'Ospedale Lariboisierè di Parigi, ha dovuto subire l'amputazione dell'avambraccio sinistro profondamente alterato dai raggi X con i quali egli lavora da oltre 20 anni e per l'effetto deleterio dei quali egli aveva dovuto assoggettarsi ad altri interventi parziali, che l'uso rigoroso di mezzi protettivi non era valso ad impedire. Il dott. Vaillant ha chiesto di rimanere al suo posto di lavoro, malgrado l'amputazione subita.

Un medico che s'inocula la malaria.

Il dott. Rouband, dell'Istituto Pasteur di Parigi, per studiare la trasmissione della malaria, ha fatto pungere dei malarici da alcuni anofeli, e dopo un certo tempo si è fatto pungere da questi insetti egli stesso. L'esperimento ha avuto esito positivo: il dott. Rouband ha contratto la malattia.

Dottoresse al fronte.

La dottoressa Filomena Corvini, che ha chiesto ed ottenuto di prestar servizio in qualità di tenente medico al fronte, è stata per sedici mesi in un ospedaletto da campo molto avanzato. Il Comitato della Croce Rossa di Chieti le offrirà prossimamente una medaglia d'oro di benemerenza.

Il « Bollettino della Camera Sanitaria e dell'Ordine dei Medici di Venezia » annuncia che la dottoressa Elena Fambri, che fino dal principio della guerra aveva fatto domanda di prestare la sua opera agli Ospedali più avanzati, è partita per il fronte, col grado di tenente medico.

Medici prigionieri ritornati in Italia.

Diamo un nuovo elenco di medici prigionieri ritornati in Italia.

Capitani medici: Bonsaglio Elia da Monza (Milano), Borione Giovanni da Torino, Ferrero Luigi da Novara.

Tenenti medici: Amati Basilio da Ceraso (Salerno), De Marco Raffaele da Caramanico (Chieti), Grassi Bernardo, Magi Agide da Bagni di S. Giuliano (Pisa), Manna Paolo da Boiano (Campobasso), Lamodica Giovanni da Torremaggiore (Foggia), Pergoli Pericle da Cingoli (Macerata), Petitto Antonio da Campanarello (Avellino), Savini Guglielmo da Roma, Mauro Mario da Napoli.

Sottotenenti medici: Cristina Giovanni da Montaldo (Torino), Porta Enzo da Lonigo (Vicenza), Armaroli Giovanni da Bologna, Bosis Umberto da Torino, Menditti Luigi da Caserta, Veronese Giuseppe da Arzignano (Vicenza), Zambrano Carmine da Castelloquerceto (Pisa).

Nuovi gas asfissianti.

Sul nostro fronte i tedeschi usano ora delle nuove miscele di gas. Alcune di esse hanno azione emetica, deprimente, con effetti estremamente tossici. Altri tipi di gas, insinuandosi sotto la maschera, determinano prurito ed irritazione di tale intensità che il soldato è costretto a levarsi l'apparecchio di protezione, rimanendo così esposto agli effetti del gas tossico.

I funerali del comm. Ballori.

Sono stati imponenti. Vi ha concorso l'intera cittadinanza.

Hanno pronunziato commossi discorsi l'assessore Di Benedetto per il Comune, il comm. Lusignoli per gli Ospedali e il prof. Gustavo Canti per la Massoneria, rilevando le inestinguibili benemerenze di quell'apostolo dell'altruismo.

È morto in età di 68 anni il sen. ARRIGO TAMASSIA, ordinario di medicina legale a Padova.

Fu un antesignano del metodo positivo nello studio della medicina legale.

Il suo nome resta legato a numerose ricerche, tra cui quelle di tanatologia, sull'identificazione dei delinquenti, sull'anatomia patologica in alcune forme di demenza, sull'affaticamento mentale nelle scuole, ecc.

Ha portato contributi preziosi alla preparazione del nuovo Codice Penale.

Aveva insegnato a Pavia come straordinario, prima di passare a Padova quale ordinario: ivi svolse per oltre venti anni la sua opera di scienziato e di maestro.

Indice alfabetico per materie.

Amministrazione sanitaria . . . . Pag. 1373
Chirurgia: insegnamenti della guerra . . » 1365
Dieta ospedaliera senz'alcool . . . . . » 1361
Ferite intraarticolari del gomito: cura in primo tempo . . . . » 1358
Feriti degli arti inferiori: rieducazione del cammino . . . . » 1370
Pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare . . . . Pag. 1369
Resistenza interna (per la) e per la vittoria . . . . » 1372
Sincinesie . . . . » 1353
Tubercolosi: diagnosi 1368, 1369

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali
(28)
L. Pozzi, *resp.*

Anno XXIV. *Roma, 18 novembre 1917* Fasc. 47.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

Lavori originali: A. Ceconi: Una malattia nuova da infezione. La febbre volinica. — **Conferenze**: G. Jona: Dieta ospedaliera senz'alcool. — **Note e commenti**: C. Gorini: Sulla resistenza del fermento latticoproteolitico all'essiccamento. — **Rivendicazioni**: S. Belfanti e A. Ascoli: A proposito dell'aftizzazione endovenosa dei dottori Cosco e Aguzzi.
Appunti di medicina pratica: SEMEIOLOGIA: La dimostrazione del sangue occulto. — CASISTICA E TERAPIA: Nicotinismo e suoi rapporti con le neurosi di guerra. — L'avvelenamento da sublimato. — Il saturnismo nei bambini. — L'insufficienza cardiaca consecutiva alle intossicazioni da gas asfissianti. — **Posta degli abbonati**. — **Varia**: Datori di sangue in America.

Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari**. — **Risposte a quesiti e a domande**. — **Condotte e concorsi**. — **Notizie diverse**. — **Indice alfabetico per materie**.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA MEDICA PROPEDEUTICA MILITARIZZATA DELL'UNIVERSITÀ DI TORINO

Una malattia nuova da infezione.

La febbre volinica.

Prof. ANGELO CECONI,
Consulente del 2° Corpo d'Armata.

La febbre volinica o quintana è una malattia acuta da infezione trasmessa all'uomo dal pidocchio. Si presenta sotto forma sporadica ed epidemica ed è caratterizzata da parossismi di febbre e di dolore, della durata di 24-48 ore, che si rinnovano periodicamente ogni 5-6-7 giorni.

STORIA.

Febbri a tipo parossistico, con periodi intervallari più o meno regolari di 5-6-7-8 e più giorni, erano note ai medici dell'antichità e del medio evo (Ippocrate, Galeno, Avicenna, ecc.) e messe in rapporto con la malaria, come del resto anche oggigiorno in cui sono interpretate come recidive dell'infezione malarica ripetentisi a intervalli regolari.

Anche la febbre *volinica* o altrimenti detta *quintana*, ora scoperta dai medici austro-tedeschi nelle regioni invase della Russia, non era rimasta sconosciuta ai medici che esercitavano prima della guerra in quelle regioni, considerata dai medesimi come di origine malarica.

Ne apparve del resto subito ne manco agli stessi suoi scopritori, come una malattia a se, nettamente individualizzata e recisamente separata da altre ad essa per la sintomatologia similari, la malaria e la ricorrente anzitutto. Della qualcosa risentono evidentemente talune delle denominazioni con cui essa venne designata da principio, considerata o come una varietà di malaria, *malaria russa* (Moltrecht), o come una varietà della ricorrente, *febbre ricorrente quintana* (I. Müller), o come una speciale malattia (influenza) delle trincee, *influenza polonica* (Grätzer), o come una malattia da freddo, *influenza a febbre periodica* (Oppenheim).

La denominazione di *febbre volinica* (Hiss) che ebbe più di ogni altra fortuna, forse anche perchè lasciava impregiudicata del tutto la questione della natura della malattia, come anche quella di *febbre dell'Ikwa* (Stiefler e Lehndorff), furono suggerite dalle località dove i casi furono in maggior numero studiati. La denominazione di *febbre quintana* (Werner) che pure incontrò favore è giustificata dal comportamento del sintoma principale, la febbre, la quale con molta frequenza affetta il tipo quintano, mentre l'altra di *febbre tibialgica* (Sachs) si riferisce al secondo dei sintomi che insieme alla febbre caratterizzano la malattia, al dolore sul lato interno della gamba, variamente interpretato circa la natura sua, da qualche A. (Kraus e Citron, ed altri) senz'altro considerato come dovuto ad una locale osteoperiosite infettiva.

Le prime osservazioni di febbre volinica o quintana furono fatte contemporaneamente da vari autori (Hiss, Werner, Moltrecht, Stiefler e Lehndorf) e quasi contemporaneamente anche rese pubbliche. Appartengono tutte alle truppe del fronte tedesco-russo, più specialmente a quelle del settore volinico, e della Polonia. Più tardi dei casi furono osservati anche fra le truppe tedesche operanti sul fronte occidentale (Frese) e forse anche fra le francesi (Boidin), fra le austriache nel Trentino (Aszodi e Szegö) e della fronte Giulia (Galambos e Rocek). Un caso di recente osservato da *Sisto* dimostra che l'infezione s'è infiltrata anche tra i nostri combattenti.

EZIOLOGIA.

La presunzione nei riguardi dell'eziologia della nuova malattia (nuova, si comprende, perchè non per anco descritta), tenuto conto del carattere parossistico e periodico della febbre, portò subito al pensiero che si trattasse di una malattia acuta da infezione, con ogni probabilità dovuta ad una parassita del gruppo dei protozoi, trasmessa all'uomo per opera di un ospite intermedio.

I dati positivi in favore di una tale presunzione, raccolti a traverso prove e riprove e dopo tentativi più volte falliti intorno ai quali sarebbe ozioso di qui occuparci in dettaglio, sono i seguenti. Col sangue dei malati di febbre volinica prelevato dalla vena durante gli accessi riuscì Töpfer con iniezioni endoperitoneali a infettare la cavia col risultato di una sintomatologia febbrile molto da vicino simile a quella febbre volinica. Risultati sicuri in cotesto senso ottenne anche Jungmann sul topo, ma con una sintomatologia diversa, per nulla d'accordo (atassia, paralisi, crampi, morte) con quella della malattia in questione. Werner e Benzler dopo aver più volte fallito nei tentativi di infettare gli animali soliti da esperimento, riuscirono a comunicare l'infezione all'uomo e precisamente a se stessi con iniezioni intramuscolari (glutei) di mezzo cc. di sangue tolto durante l'accesso. Il periodo d'incubazione fu rispettivamente di 21-23 giorni. La curva della temperatura fu tipica, nè mancarono gli altri sintomi caratteristici dell'accesso volinico.

Gli stessi AA. riuscirono più tardi in un altro esperimento non meno importante e conclusivo, a infettare, cioè, l'uomo a mezzo di pidocchi in precedenza applicati a suggere il sangue sulla cute di un malato volinico e di poi per più giorni di seguito nutriti su quella di un sano. Tale esperimento fu eseguito dai due AA. anche questa volta su di se stessi e riuscì in uno dei due. Essendo trascorsi soltanto 6 mesi dalla infezione sperimentale superata, il risultato positivo dimostrerebbe che per la febbre volinica, se una immunità si produce, essa è di certo di durata molto breve. Anche Jungmann riuscì contemporaneamente a Werner e Benzler nel tentativo di infettare l'uomo col morso dl pidocchio infettato su di un volinico.

Questi risultati non mancano d'importanza come quelli che dimostrano anzitutto la natura sicuramente infettiva della malattia, inoltre che il germe che ne è la causa è presente nel sangue periferico durante gli accessi e che con questo a mezzo del pidocchio può esser trasmesso all'uomo sano e farlo ammalare.

Il germe in questione tuttavia si deve ritenere come ancora ignoto non ostante le molte ricerche fatte per metterlo in evidenza e i non pochi risultati ottenuti incompleti, isolati e spesso gli uni con gli altri in disaccordo. Seguendo la traccia del presupposto protozoo, Werner per il primo vide in uno dei suoi casi esaminando il sangue, un spirocheta simile a quella della ricorrente, ma di questa più corta.

Di una spirocheta vista in un caso col paraboloide, in un altro colorata negli strisci, parla pure Töpfer; una spirocheta granulosa descrive Korbsch e un'altra, simile a quella Duttoni della ricorrente africana, afferma di aver vista anche Müller.

L'importanza di questi reperti, un po' perchè molto rari e isolati e rimasti senza conferma, un po' anche per ragioni di tecnica microbiologica su cui non possiamo fermarci, venne da più parti impugnata.

Meritano invece molta considerazione i risultati di recente fatti noti da Riemer, il quale riuscì non soltanto a dimostrare al microscopio ma anche a coltivare una spirocheta dal sangue di volinici su siero umano inattivato, in ambiente aerobio e anaerobio.

Questi i risultati finora conseguiti in appoggio al preconcetto affermato fin da principio che la febbre volinica fosse alla dipendenza di un germe del gruppo dei protozoi.

Meno semplici e sopratutto molto meno chiari sono i risultati ottenuti nel riguardo di altri microrganismi intorno ai quali si è discusso e ancora si discute molto più che non intorno alla spirocheta. Jungmann fin dalle prime osservazioni della malattia descrisse dei microrganismi visibili nel sangue dei malati esaminato a fresco, numerosi in modo speciale durante gli accessi, a forma di biscotto o di clava, straordinariamente mobili in sito e spostantisi anche con movimento a scatto. Negli strisci colorati apparirebbero come cocchi appaiati somiglianti molto da vicino al gonococco. Di tali microrganismi non fu possibile di ottenere delle culture, nè col sangue che li conteneva fu possibile di infettare cavie e conigli, pur rimanendo i medesimi per più giorni visibili nel sangue degli animali iniettati. Il reperto descritto da Jungmann ebbe conferma da parte di Töpefr e di Sisto per casi isolati, fu negato da altri (Brasch), e dichiarato reperto frequente, e perciò privo di valore, anche nel sangue normale da Benzler. L'A. tuttavia vi torna sopra di recente dichiarando la sua convinzione che il germe da lui descritto sia l'agente vero della febbre volinica. Di ciò sarà detto più sotto.

Brasch descrisse un diplococco, più minuto del d. di Fränkel, che si troverebbe in grande quantità nel sangue durante l'accesso, ma tale reperto non ebbe conferma da parte di altri ricercatori.

Werner, Benzler e Wiese riferiscono di aver potuto coltivare dal sangue di volinici anaerobiamente un cocco alquanto meno voluminoso dello stafilicocco, ora rotondo, ora ovale, e di esser riusciti con una cultura di 4 settimane a infettare gatti e conigli con iniezioni intramuscolari e endovenose, ottenendo delle curve termografiche molto simili a quelle della febbre volinica. Tuttavia, tenuto conto che forme simili a quella da essi osservate sono reperibili facilmente anche in culture di sangue normale mantenute a lungo in termostato, non pensano gli AA. ora citati di dare soverchio credito ai loro reperti e inclinano piuttosto a credere che il germe della febbre volinica appartenga all'ultravisibile.

Töpfer, prima ancora che il pidocchio fosse stato riconosciuto quale agente della malattia, aveva studiato il contenuto gastrico del parassito nutrito del sangue di volinici. E vi aveva notata la presenza di un germe in tutto simile a quello da lui stesso descritto insieme a Schüssler — e prima ancora, del resto, da Rocha-Lima — come agente del tifo petecchiale. Si tratta di un microrganismo a forma di bastoncino di lunghezza variabile, a volte accoppiato come diplobacillo. Le forme più lunghe sono spesso colorate soltanto verso le estremità e sono allora da considerarsi come stadi di segmentazione. Nei periodi di rapido sviluppo predominano le forme molto corte, così corte che possono esser scambiate per cocchi. Di questi bacilli lo stomaco del pidocchio sarebbe a volte cotanto zeppo da fornire degli strisci come di cultura pura. Töpfer non dubita di essersi trovato in presenza del vero agente della febbre volinica il cui ciclo quintano potrebbe verosimilmente esser spiegato col fatto che soltanto dopo cinque giorni dall'infezione del parassita si rende evidente l'accumulo dei germi nel suo stomaco.

Egli non esita anche ad ammettere una grande affinità tra il tifo petecchiale e la febbre volinica, ambedue prodotte da germi parenti. Recentissimamente lo stesso A. avrebbe messo nel conto anche la nefrite acuta di guerra, provocata anch'essa dal morso del pidocchio nel cui stomaco si troverebbero in grande numero dei germi simili a quelli sopra descritti.

Nelle ricerche di Töpfer crede Jungmann di aver confermata l'esistenza e l'importanza del germe da lui descritto che si troverebbe nello stomaco del pidocchio nutrito di sangue volinico e non sarebbe differenziabile dalla «rickettsia Prowazeki» del tifo petecchiale.

Werner e Benzler alla loro volta studiando il contenuto gastrico dei pidocchi che avevano loro servito a infettare l'uomo, vi hanno trovato dei microrganismi in tutto simili alla *rickettsia* di Rocha-Lima e di Töpfer, non differenziabili nel tempo stesso da quelli da loro

stessi ottenuti n cultura e coi quali erano riusciti a infettare gatti e cavie. Le forme dunque descritte da questi AA., i quali tuttavia insistono a non attribuire troppa importanza ai reperti loro, sarebbero identiche a quelle descritte da Jungmann dal momento che tanto queste come quelle son dichiarate identiche alle forme descritte da Rocha-Lima e da Töpfer.

Si tratterebbe, per quanto è lecito di comprendere dalla letteratura a volte monca e incompleta che è a nostra disposizione nel presente disagio di guerra, del germe rinvenuto da Ricketts e Wilder nel sangue di malati di tifo petecchiale e da questi AA. sospettato quale agente specifico della malattia. Prowazek più tardi ne negò l'importanza e descrisse alla sua volta un germe che rinvenne nel sangue, spesso nell'interno dei leucociti, ma anche libero nel plasma, col quale istituì anche molte ricerche sperimentali. Ora il reperto di Prowazek deve esser stato riconosciuto come identico a quello di Ricketts, se al germe in questione è ora data una denominazione, «rickettsia Prowazeki», che ne ricorda lo scopritore e nel tempo stesso colui che forse più a fondo studiò la malattia e ne rimase vittima.

L'importanza di un tale reperto è tuttavia ancora tutt'altro che sicura. Che forma identiche, non differenziabili coi metodi nostri di ricerca, possano dare origine, sempre a mezzo del pidocchio, a malattie clinicamente molto diverse come sono il tifo esantematico, la febbre volinica e la nefrite dei combattenti, è cosa che per il momento non può a meno di lasciarci alquanto perplessi. Otto e Dietrich hanno potuto constatare un notevole potere agglutinante verso la rickettsia nei siero di sangue di convalescenti di tifo petecchiale, ma altrettanto hanno pure constatato nel siero dei volinici e anche di altri soggetti.

Ciò potrebbe dimostrare una reale affinità fra le due malattie dal punto di vista eziologico, ma potrebbe anche dimostrare che la rickettsia non è specifica nè dell'una nè dell'altra, tanto più che essa è conglutinata anche da altri sieri oltre che da quello di volinici e petecchiali.

Nei riguardi della nefrite di guerra, provocata, secondo Töpfer anch'essa dalla rickettsia inoculata dal pidocchio e perciò considerata come affine in gruppo insieme alle altre due ora nominate, molte considerazioni ci consigliano a rimanere per il momento scettici. Occorre tuttavia di ricordare che Sachs, prima ancora che di tale affinità fosse questione, aveva constatato in un considerevole numero di volinici anche delle manifestazioni di nefrite con e senza edemi e perciò aveva anche chiaramente espresso il pensiero che tra le due affezioni esistesse un legame eziologico e nel senso stesso, sempre per considerazioni cliniche e prima che gli studi di Töpfer fossero noti, si esprime più di recente Stühmer.

Per il momento, lasciando da parte la nefrite dei combattenti di cui si comincia a pena a parlare nei riguardi della sua dipendenza ziologica da una rickettsia, si deve riconoscere come prove decisive o anche soltanto di grande probabilità in favore della «rickettsia Provazeki» quale causa del tifo petecchiale non esistono e non ne furono prodotte nemmanco in favore della «rickettsia quintana» quale causa della febbre volinica. La questione dell'eziologia della febbre volinica si deve perciò ritenere ancora aperta.

EPIDEMIOLOGIA.

La malattia fu osservata tra le truppe austro-tedesche in Polonia, in Volinia, inoltre nel settore nord fino a Riga e anche in quello meridionale della Galizia del fronte tedesco-russo, fra le truppe operanti in Serbia, nelle guarnigioni interne della Germania e da ultimo anche fra le truppe del fronte francese e italiano, sempre fra le truppe austro-tedesche.

Nessuna sorpresa, dunque, che la letteratura non porti che nomi d'autore tedesco e del pari nessuna sorpresa che non si trovi tra di essi chi si occupi della malattia anche tra la popolazione borghese.

Il caso di Sisto dimostra che la malattia s'è ormai infiltrata anche tra i nostri combattenti come taluni casi descritti da Boidin colla diagnosi di «*febbre di trincea*» somiglianti molto alla febbre volinica, dimostrano forse che anche le truppe francesi non ne sono immuni. La febbre volinica non ha dunque una geografia precisa sua propria, non dimostra alcun carattere endemico, come potrebbe apparire da taluna delle denominazioni adottate e come sembra inclinino a credere Stiefler e Lehndorff i quali l'avrebbero osservata esclusivamente sulle rive dell'Ikwa, massime in una Divisione accampata in una regione paludosa nella quale non si ebbero casi nuovi non appena fu spostata altrove, mentre i reggimenti venuti a sostituirla non tardarono ad esserne inquinati. Le truppe in ogni modo del fronte tedesco orientale e sud-orientale rappresentano l'ambiente di gran lunga più infetto dalla febbre volinica, il trapasso della medesima su altri fronti molto lontani si spiega agevolmente con gli spostamenti di truppe e con la nozione acquisita con l'esperimento della sua lunga incu-

bazione per cui individui infettati dal pidocchio, per es., in Polonia, possono ammalare e quindi infettare altri parassiti anche due mesi più tardi, sul fronte italiano o francese una volta che vi sieno trasferiti.

I casi di febbre volinica non furono mai osservati in grande numero e a insorgenza contemporanea o quasi in una stessa località o in uno stesso ambiente militare. Anche là dove furono relativamente numerosi si presentarono sempre come relativamente isolati e distanziati tra di loro nel tempo. Furono osservati centri d'infezione in reggimenti e gruppi di truppe anche molto distanti fra di loro, mentre reggimenti e gruppi di truppe in località intermedie ne erano rimasti del tutto immuni. Si potè sempre avere la certezza che l'acqua e il vitto non erano in giuoco nell'insorgenza e nella diffusione della malattia. Negli Ospedali militari da campo furono notati qua e là dei casi di nuova insorgenza fra i soldati degenti e anche tra il personale sanitario (Hiss, Brasch), ma ciò non prova, ne da alcuno del resto fu mai affermato, il carattere contagioso della malattia. Prove sicure di contagio non furono raccolte, nè denunziate da alcuno degli AA. Non si può tuttavia escludere che l'infezione possa esser trasmessa anche per contagio; p. es., del pidocchio stesso schiacciato e portato in contatto con la cute o con le mucose che presentino una qualche alterazione di continuità. L'ignoranza in cui ci troviamo delle vie che il germe segue nella sua eliminazione dall'organismo non ci permette per ora di sospettare con fondamento altre possibili maniere di contagio (feci, urine, sudore, ecc.).

Il numero maggiore dei casi fu osservato nei mesi dell'inverno e della primavera. Non mancarono tuttavia casi anche durante l'estate.

Non occorre di dire come tutte le note epidemiologiche finora accennate trovino la spiegazione loro nella nozione ormai acquisita con l'esperimento circa l'intervento del pidocchio nella trasmissione della malattia e il lungo periodo d'incubazione che questa presenta. Anche l'osservazione di Stiefler e Lehndorff che vorrebbero la febbre volinica endemica di una data regione della Volinia, delle sponde paludose dell'Ikwa, si spiega sulla guida di questa nozione senza che occorra di ammettere influenze locali del terreno, ma semplicemente quelle igieniche degli accasermamenti nel riguardo degli insetti in questione.

Da notarsi anche che serve alla trasmissione così il pidocchio delle vesti come quello del capo.

È stato detto più sopra come la febbre volinica sia stata da qualche A. appaiata al tifo petecchiale, un po' per causa del pidocchio che trasmette all'uomo tanto l'una che l'altro, un po' per talune note cliniche che sarebbero comuni alle due infezioni, molto per l'agente presunto suo specifico ritenuto affine, se non identico a quello del resto non meno presunto specifico, del tifo esantematico. Gli argomenti addotti a sostegno di una simile tesi si trovano in serio contrasto con alcuni dati epidemiologici che occorre di ricordare. Non conosciamo di fatto un solo A. il quale abbia osservata la contemporaneità delle due infezioni nelle stesse località o nell'istesso ambiente militare. Hiss anzi osserva di proposito che nelle regioni in cui egli studiò il maggior numero dei casi, da anni il tifo petecchiale non aveva più fatta comparsa. L'affermazione che la febbre volinica non sia che una varietà del tifo esantematico e più precisamente una forma attenuata, rudimentale, della quale potrebbe esclusivamente rivestirsi l'infezione in determinate epidemie, urta contro un preconcetto dottrinale e di osservazione pratica non facile a esser vinto. Noi sappiamo di fatto che ogni epidemia può presentare vicino ai casi tipici più o meno gravi, forme attenuate, abortive, rudimentali, ecc., di una data infezione, ma non conosciamo una malattia infettiva che si presenti in determinate epidemie soltanto con forme rudimentali.

Finalmente occorre anche di ricordare come il tifo petecchiale una volta superato conferisca di regola una immunità per tutta la vita, la qual cosa non si verifica nella febbre volinica, almeno per quanto si può giudicare dall'esperimento di Werner che potè reinfettarsi alla distanza di soli sei mesi da una prima infezione superata e dall'osservazione clinica di Bittorf.

SINTOMATOLOGIA.

Il sintoma di gran lunga più importante è la *febbre*. Essa si inizia bruscamente, di solito in piena salute, senza manifestazioni prodromeniche di sorta, ma a volte tuttavia anche preceduta da sensazione indefinita di malessere, da disappetenza, da moderato male di capo, ecc. L'inizio della febbre è sempre preceduto dal brivido. Non si tratta di un brivido unico, intenso e prolungato come nella malaria quartana, ma piuttosto di sensazioni ripetute, non esagerate, di brivido cui tien dietro il senso del calore. La temperatura non raggiunge che in rari casi il suo massimo rapidamente come nella malaria.

Più di spesso l'ascesa è piuttosto lenta, così che la si può seguire agevolmente con l'appli-

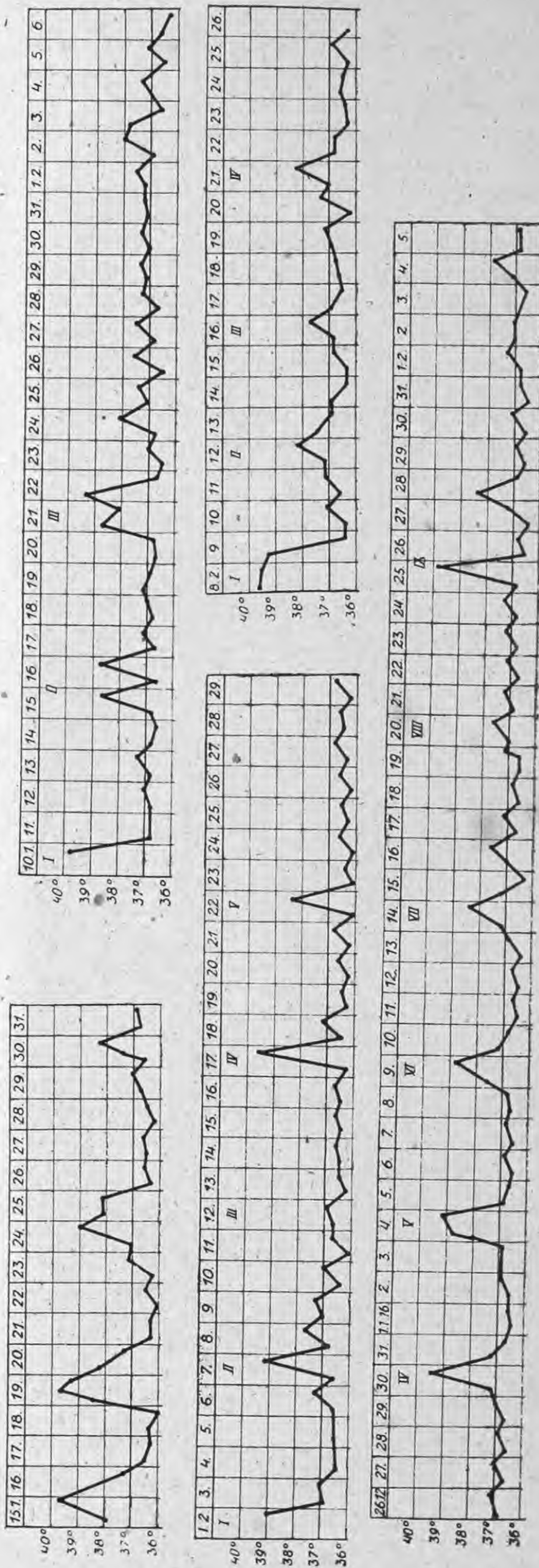
cazione del termometro ogni due ore. Avviene di frequente che il brivido iniziatosi, per es., verso le 11 ore, ceda al calore soltanto verso le 13-14 e la temperatura massima sia raggiunta verso le 18-20.

Il massimo non è mantenuto che per qualche ora, dopo di che comincia la discesa che avviene ordinariamente per crisi, alquanto protratta tuttavia, così che la norma è raggiunta soltanto dopo 24-48 e in casi rari anche dopo 60 ore. Da notarsi che nei casi in cui l'accesso dura a lungo, da 48 a 60 ore, si hanno due, rispettivamente tre punte massime nella curva termografica, le une distanziate dalle altre da brevi remissioni di 1-1½ gradi. La discesa della temperatura è quasi sempre accompagnata da sudore più o meno profuso.

Il paziente rimane sfebbrato 4-5 giorni, dopo di che la febbre si riaccende e quindi si spegne nella stessa guisa come nel primo accesso, e così di seguito per 4-7 e a volte anche più accessi.

Non sempre la distanza tra un accesso e l'altro è rigorosamente di 5 giorni (si calcola dall'acme di un accesso all'acme dell'accesso successivo); può essere di 6-7-8 e anche di più giorni. Sono stati osservati anche dei casi a decorso quartano. I primi son detti ad accessi *postponenti*, i secondi ad accessi *anteponenti*. Di rado si verifica che la malattia si inizi e quindi si svolga regolarmente a tipo quintano (o quartano, o sestano); nel maggior numero dei casi avviene che la febbre dopo aver mantenuto un ritmo, dirò così, regolare per i primi 2-3 accessi, si renda in seguito irregolare con accessi sempre più distanziati tra di loro.

I massimi raggiunti dalla temperatura nei singoli accessi son molto diversi da un caso all'altro e variano anche notevolmente nel caso stesso, da 38 a 40. Più spesso la malattia iniziatasi con accessi a febbre elevata, tra i 39 e i 40, comincia, a volte fin dal secondo accesso, ma quasi sempre dal terzo o dal quarto, a presentare massimi febbrili sempre meno cospicui, fino al ritorno alla norma. Un comportamento inverso, accessi cioè, con temperatura sempre più elevata rappresenta l'eccezione. Si danno anche casi che fin dall'inizio presentano febbre poco elevata, intorno ai 38, che si esauriscono dopo 2-3 accesi, ma che possono protrarsi anche notevolmente più a lungo, senza presentare elevazioni termiche superiori.

Nella sua discesa la temperatura può raggiungere anche gradi sotto alla norma e mantenervisi per uno o due giorni. A volte invece avviene il contrario, si verifica, cioè, un ritorno della febbre con piccole elevazioni di 37,8-38

per un giorno o due, dopo di che tutto rientra nella norma fino all'accesso successivo. (Vedi tracciati termografici riprodotti da Werner ed Hänsler).

Il secondo sintoma fondamentale della malattia è la *tibialgia*. È un dolore sempre accusato dai pazienti come molto intenso, ora a carattere trafittivo, ora lacerante, ora lancinante, localizzato lungo la gamba, massime sul lato interno della medesima, dal ginocchio in giù. S'inizia di regola con la febbre, ma in singoli casi può anche precederla di qualche ora e come la febbre suole aumentare rapidamente e rendersi presto oltremodo molesto. Quasi mai cede col cadere della temperatura, ma permane 24-36 ore anche una volta questa scomparsa. In rari casi fu notato anche edema lungo la tibia. Non sempre il dolore è circoscritto alla tibia; dolori con carattere e comportamento affatto uguale si possono avere, per quanto ben più di rado, anche in corrispondenza della fibula, dell'articolazione del ginocchio, o al sacro e in via affatto eccezionale, anche agli arti superiori e al tronco.

Il dolore è anche oggettivo nel senso che con la pressione, e più ancora con la percussione col martello e col dito sulla regione dolente, esso può venire esaltato. Non pare tuttavia in nessun rapporto con una affezione dei nervi, per quanto sia stato pensato anche a una forma di nevralgia infettiva, se la pressione lungo i medesimi, l'esame della sensibilità, della motilità e dei riflessi rimane di regola senza risultato. L'articolazione, nei casi in cui il dolore vi è diffuso, è pure da considerarsi fuori questione per l'attento esame della motilità attiva e passiva della medesima. Anche le muscolature non sono affatto in giuoco, per quanto in singoli casi una certa dolentia si riesca a rilevare con la compressione delle masse muscolari del polpaccio. Sembrerebbe il dolore in rapporto con l'osso se esso può venire esacerbato in maniera particolare soltanto con la pressione lungo la diafisi della tibia. Fu di fatto interpretato come di origine osteo-periostea, in rapporto con una vera e propria osteo-periostite infettiva (Kraus e Citron, Stintzing e altri) di cui si avrebbe anche la prova radiologica in una ineguaglianza della linea della tibia e in una scarsa visibilità del midollo osseo della medesima.

Questa interpretazione è stata giudicata come poco probabile e non ha perciò accolto molto favore.

Jungmann localizza il dolore piuttosto nei muscoli, massime in quella loro porzione che s'inserisce al periostio della tibia, cioè nella porzione tendinea, e pensa ad un'origine centrale del medesimo. Goldscheider lo considera come un'espressione di quella iperestesia generale e iperalgesia che si verifica con tanta frequenza nel dominio della sensibilità profonda in tante malattie acute da infezione. Il dolore nel quadro della febbre volinica, secondo questo A., nulla rappresenterebbe di caratteristico e di ben particolare, per quanto in maniera particolare accentuato e anche localizzato.

La tibialgia è sempre simmetrica, ma per l'intensità sua non sempre in rapporto con l'altezza della febbre per quanto come la febbre dimostri sempre delle remittenze nelle ore del mattino. A volte costituisce essa sola tutto, l'accesso, mentre una elevazione della temperatura anche di poco conto manca del tutto. Si parla allora di *equivalente d'accesso*.

Altri sintomi d'importanza diagnostica, che appartengano, cioè al quadro preciso della malattia, non sono stati notati. Se togli la comune sintomatologia che accompagna la febbre che i pazienti accusano o dimostrano più o meno accentuato, ora con segni di prostrazione, di abbattimento, ora invece di agitazione, di irrequietezza, di insonnia, se togli la *cefalea* che non manca, mai, troviamo soltanto qua e là, in singole osservazioni, registrate dei rari sintomi isolati, massime a carico degli organi digerenti, nausee, conati di vomito, diarrea in sull'inizio e durante gli accessi.

L'*esame somatico* di regola risulta negativo. Il malato durante gli accessi, arrossato in volto, inquieto, insonne, ma senza disturbi psichici o cerebrali come di sovente si osserva in varie malattie infettive febbrili, tradisce uno stato di sofferenza non lieve. Il polso è sempre frequente in rapporto con l'altezza della temperatura.

Il *tumore di milza* da taluni AA. è negato, da altri ammesso ma in un numero limitato di casi (25 %); pare che durante l'accesso qualche volta la milza possa rendersi anche molto dolente. Anche il *fegato* s'è visto a volte ingrossato e anche dolente alla palpazione. Del rimanente, quando si sia ricordata una leggera angina che si osserva in qualche caso durante gli accessi insieme a una bronchite diffusa altrettanto leggera e passeggera, quando si accenni a tracce di esantema roseoliforme o a un esantema diffuso scalattiniforme (Jungmann e Kuczynski, Brasch, Korbsch) e all'erpete labbiale alquanto più frequente, (20 %, Fleischmann) s'è detto tutto quanto può interessare il reperto oggettivo della febbre volinica.

L'*esame delle urine* nulla fornisce di costante e di caratteristico; in singoli casi, rari, albuminuria passeggera, a volte anche cilindruria.

Importante l'*esame del sangue* che svela sempre durante gli accessi una forte leucocitosi (da 15 a 30,000) a carico dei polinucleati. Col dileguarsi dell'accesso la polinucleosi scompare ed è sostituita da una linfocitosi relativa (40-70 %). Un tale comportamento sembra costante perchè descritto da tutti gli AA. che si sono occupati di ricercare sul sangue dei volinici, per quanto con cifre quantitativamente d'importanza molto diversa. Altri segni ematologici, una eosinofilia, un aumento delle emazie policromasiche e delle «ombre di sangue», che sono indizio rispettivamente di rigenerazione e di degenerazione del sangue, rappresentano dei reperti isolati e perciò privi d'importanza generale.

Alla stessa stregua amo di considerare anche il reperto di una mielocitosi che in singoli casi può protrarsi anche molto a lungo così da lasciar molto dubbiosi della possibilità di una guarigione spontanea, osservato da Hildebrandt. Quest'A. attribuisce tanta importanza al reperto suo che propone seriamente di considerare la febbre volinica nell'eziologia dei processi leucemici. «Di fronte a un caso di leucemia, egli dice, occorre sempre di indagare se in precedenza, magari di vari anni, sia stata superata un attacco di febbre volinica». Nell'oscurità in cui ci troviamo circa la genesi delle leucemie giova di prender nota anche di questa opinione, la quale dopo tutto sarebbe abbastanza giustificata dal dolore osseo proprio della malattia e frequente anche nelle leucemie, massime acute. Il dolore, come la mielocitosi, come la eosinofilia dei casi di nefrite acuta con tibialgia di Benhardt, potrebbe bene altro non essere che l'espressione di uno stato di sofferenza del midollo osseo sotto l'azione diretta e indiretta dell'ignoto agente della malattia.

Decorso, varietà cliniche. Nella generalità dei casi la malattia si protrae per 4-5 accessi, vale a dire complessivamente per 20-30 giorni e poi si spegne spontaneamente, gli ultimi 2-3 accessi essendosi svolti con sintomi sempre meno intensi.

Nei periodi intervallari, se togli un pò di abbattimento, di svogliatezza e sopratutto di disappetenza nei primi 1-2 giorni, gli ammalati non accusano molestie di una qualche importanza.

I casi a decorso più lungo, con 7-8 e anche 12-14 accessi, sono di osservazione piuttosto rara. Sí danno anche casi abortivi, che esitano in guarigione dopo un solo o due accessi.

La malattia non ha conseguenze serie per lo stato generale; nei casi che si protraggono tuttavia suole manifestarsi un certo grado di anemia e di denutrizione dai quali però i pazienti sogliono rimettersi a bastanza presto, una volta cessati del tutto gli accessi.

Complicazioni non sono state notate se non da Sachs che ha notato con una certa frequenza la glomerulo nefrite nel decorso della malattia con una tendenza alla guarigione rapida e completa.

Siccome i segni della sofferenza renale corrispondevano nelle osservazioni di Sachs a quelli della così detta «nefrite di guerra», ecco che cotesto A. ha creduto di dovere ammettere un nesso eziologico tra le due malattie. Nel senso stesso, avendo fatta una identica osservazione, si esprime Stühmer.

Sachs ha voluto anche distinguere nel quadro clinico della febbre volinica tre varietà distinte. Una prima che raccoglie i casi che si devono considerare come tipici con una ricorrenza febbrile di 5-7 giorni, una seconda che contempla i casi che si iniziano come tipici e più o meno presto si tramutano in irregolari, una terza infine di casi a decorso irregolare.

Data la maniera di succedersi delle ricorrenze febbrili di cui è stato largamente detto più sopra una tale classificazione sembrerebbe non tanto giustificata. I casi che si possono assegnare al primo gruppo sono piuttosto rari, perchè raramente la malattia si inizia e si esaurisce mantenendo costantemente un dato tipo febbrile. La regola si può ben dire rappresentata dai casi del secondo gruppo. Quanto ai casi del terzo Sachs asserisce di averne constatata l'esistenza. Non si tratterebbe, cioè, di casi capitati in esame in un periodo tardivo della malattia, quando questa da regolare si è diggià tramutata in irregolare, ma di casi che in realtà si sono svolti fin da principio in maniera irregolare dal punto di vista della successione degli accessi.

Jungmann distingue invece una forma *parossistica* che comprende in generale tutti i casi che decorrono con ritorni periodici più o meno regolari della sintomatomogia; una forma *tifoidea* nella quale l'inizio sarebbe caratterizzato da febbre a tipo continuo o remittente della durata di più giorni, oppure da un decorso con periodi febbrili di una durata più lunga dell'abituale, intermittenti o remittenti come nelle setticemie in genere; infine una

forma *rudimentale* con piccole elevazioni della temperatura rinnovantisi con ritmo più o meno regolare. Quest'ultima forma spesso rappresenta lo stadio finale delle due prime, rappresenta, cioè, la manièra con cui la malattia si esaurisce. In casi singoli tuttavia è stata osservata fin dall'inizio, per tutto quanto il decorso.

Abbiamo detto più sopra come a volte l'accesso possa essere rappresentato dalla sola sintomatologia dolorosa, assente rimanendo del tutto la febbre (equivalente d'accesso). Pare che in qualche epidemia sieno stati osservati dei casi decorsi costantemente con accessi soltanto dolorosi (Flek). Un decorso con accessi soltanto febbrili, senza accompagnamento del dolore, è pure stato osservato (Stintzing, Fleck), interpretato, pur non senza qualche riserva, come una forma leggera, incompleta della malattia.

Le due eventualità cliniche ora ricordate in ogni modo sono da considerarsi come molto rare.

DIAGNOSI.

Il carattere parossistico della sintomatologia e la durata del periodo di ritorno della medesima costituiscono gli elementi unici della diagnosi diretta. La febbre e la tibialgia si devono ritenere come costituenti indissolubili dell'accesso, i casi con sole ricorrenze febbrili senza la tibialgia essendo molto rari e sempre di interpretazione dubbia, anche quando occorrono in epoca di epidemia volinica. Gli accessi che si presentano soltanto con la tibialgia, senza la febbre, son sempre facilmente riconoscibili perchè di solito si interpongono nel decorso della malattia tra due accessi normali. Casi decorsi con soli parossismi dolorosi, senza febbre sono alla loro volta di osservazione molto rara.

Si comprende come coteste valutazioni diagnostiche che si riferiscono a casi con accessi soltanto dolorosi o soltanto febbrili possano essere anche causa di errore quando i casi stessi occorrono sporadicamente, non in periodo di epidemia.

Il dolore con tutti i caratteri dianzi descritti ha dunque una grande importanza diagnostica. Si deve ritenere costante la sua localizzazione in corrispondenza della tibia, però contemporaneamente esso può esser localizzato anche altrove, sulla fibula, al ginocchio, al sacro, al tronco e anche agli arti superiori. Tutte queste localizzazioni sono piuttosto rare e sono ricordate nell'ordine di frequenza con cui sono state osservate. Una localizzazione esclusiva fuori della tibia deve essere per lo meno molto rara se nessun A. ne fa parola. Da notarsi che negli eserciti austro-tedeschi furono notati con grande frequenza dei dolori agli arti inferiori, a olte anche accompagnati da febbre, massime alla tibia, interpretati ora come dipendenti da disturbi locali di circolo, ora dallo strapazzo fisico, ora come espressione reumatica, ora come una vera infezione osteo-periostea locale, ora infine come dipendente dal piede piatto o dalla costrizione delle uose (Gamaschenschmerz). Non può esser difficile in casi simili la diagnosi differenziale con la febbre volinica, tenuto conto del comportamento parossistico e periodico della sintomatologia di quest'ultima, che di solito manca nelle algie dianzi ricordate. Non appena queste mostrino una certa tendenza a un ritmo di ritorno, è da pensarsi alla infezione volinica anche se la febbre avesse a mancare.

Gli altri segni che in questo o quel caso possono completare il quadro clinico della malattia, il tumore di milza stesso, l'edema delle tibie, l'angina, la roseola, l'erpete, l'albuminuria, ecc., sono d'importanza diagnostica secondaria. Occorre di averli tuttavia ben presenti appunto perchè la loro eventuale constatazione non devii la diagnosi verso altre affezioni.

La diagnosi differenziale può esser posta con la *malaria* e con la *ricorrente*. Quest'ultima da noi è sconosciuta, potrebbe tuttavia esservi importata nello stato di guerra in cui ci troviamo, essendo anch'essa trasmessa all'uomo, come la febbre volinica, dal pidocchio. Si differenzia la ricorrente dalla febbre volinica perchè gli accessi son di durata maggiore, di 2-4 giorni, e perchè la durata degli intervalli tra un accesso e l'altro è anch'essa maggiore, di 9-12 giorni.

Le note differenziali con la malaria sono alla lor volta bene evidenti anzitutto per il ciclo quintano che nella malaria non esiste, inoltre anche per i caratteri del parossisma febbrile che sono alquanto diversi da quelli dell'accesso malarico tipico, infine per l'accompagnamento del dolore che manca nell'infezione palustre o vi è eccezionalmente e per la sua costante localizzazione. Occorre tuttavia di tener conto di casi di malaria a decorso atipico, quintano, sestano più o meno regolare, e di casi di febbre volinica con ritmo quartano e anche terzano. Qui naturalmente è la ricerca sul sangue nel riguardo dell'emosporidio che sola può risolvere prontamente ogni dubbio diagnostico. La presenza nel sangue (colorazione con Giemsa) dei germi descritti da Jungmann, Töpfer, Werner, Sisto, per quanto la loro importanza patogena specifica sia per il momento ancora in dubbio, non può tuttavia esser del tutto tra-

scurata dal punto di vista dell'aiuto che essa può portare alla diagnosi. Per la diagnosi differenziale col tifo e coi paratifi (pare che la possibilità e la facilità di uno scambio diagnostico con queste affezioni sia tutt'altro che da trascurarsi, se Hiss confessa che la febbre volinica tra i combattenti è causa di difficoltà non piccole nell'allestimento di sicure statistiche, della infezione tifoidea) più che la sierodiagnostica, tenuto conto delle vaccinazioni frequenti e ripetute, potrà servire l'esame del sangue. Una *neutrofilia*, anche se non cospicua, depone per la febbre volinica, una *nutropenia* per l'infezione tifoide.

Benzler crede che si debba attribuire un significato più sicuro e preciso in favore della febbre volinica al fatto che in quest'ultima infezione la polinucleosi assoluta e relativa che si osserva durante gli accessi cede il posto ad una linfocitosi relativa nel periodo intervallare. Però occorre di notare che una linfocitosi così detta postinfettiva è di osservazione a bastanza comune in seguito a malattie d'infezione di varia natura.

PROGNOSI.

Il decorso della malattia è sempre relativamente benigno e favorevole l'esito. Finora non è stato osservato alcun decesso. La durata raramente supera le 4-5 settimane. Considerando che 2-3 settimane son sempre necessarie per la convalescenza, si deve calcolare in 7-8 settimane il tempo complessivo durante il quale il soldato sarà tenuto dalla malattia lontano dal servizio attivo. Ora, se si tien anche conto che in taluni corpi militari tedeschi i casi furono abbastanza numerosi, tanto che si pensò alla costruzione di appositi ospedali, si deve giudicare che la possibilità della diffusione dell'infezione volinica tra le nostre truppe non debba esser considerata dall'Autorità Militare troppo alla leggera.

Di tutti gli AA. che hanno trattato della febbre volinica soltanto E. Richter dimostra un notevole pessimismo circa la benignità dell'infezione. Quest'A. avrebbe riscontrato in molti casi dei fenomeni spinali molto importanti, vale a dire delle alterazioni della sensibilità sotto forma di zone di iperestesia a distribuzione radicolare, un decorso particolarmente lungo e la reintegrazione completa della salute, così da rendere i pazienti capaci di riassumere servizio attivo, soltanto nel 18 % dei casi.

TERAPIA.

La cura è soltanto sintomatica. Nel maggior numero dei casi è il dolore soltanto che domanda di esser mitigato. Qualche vantaggio contro il dolore è stato ottenuto con gli antireumatici (aspirina, ecc.), meglio hanno servito gli antineuralgici (piramidone, ecc.), in singoli casi è stato necessario l'uso dei narcotici. Il metodo della stasi di Bier è stato adoperato con successo in qualche caso.

Gli antipiretici e tra questi specialmente il chinino e l'optochina, son sempre rimasti senza risultato contro il rinnovarsi degli accessi febbrili. Il neosalvarsan (0,45 per iniezione endovenosa) in qualche caso ha troncata la malattia, in qualche altro è rimasto senza risultato. Una cura continuativa di arsenico per uso interno nelle solite dosi ha spesso dimostrato una influenza favorevole sul decorso dell'infezione.

Del rimanente, riposo a letto anche nei periodi afebbrili e dieta opportuna.

Le norme profilattiche risultano dalle nozioni circa l'eziologia dell'infezione prima esposte. Essendo questa trasmessa a mezzo del pidocchio tutte le norme igieniche che sono indicate a preservare il soldato e gli accampamenti dall'invasione del parassita e quelle proposte per la sua distruzione saranno utilmente messe in opera per evitare una invasione della febbre volinica, tra i nostri combattenti

(Per deficienza di spazio rinunziamo a pubblicare la ricca bibliografia che correda questo lavoro.

Verrà annessa agli estratti.

N. d. Redaz.).

CONFERENZE.

SCUOLA PRATICA DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL'OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA.

Dieta ospedaliera senz'alcool.

Lezione IIª del prof. GIUSEPPE JONA, Medico Primario.

LEZIONE II.

SOMMARIO. — *Le piccole dosi d'alcool non sempre sono innocue: il piccolo alcoolismo: gli astemii. — La sottrazione brusca e l'indifferenza dell'organismo di fronte ad essa: de-alcoolizzazione e de-morfinizzazione: completa contrapposizione dei due quadri. — Obbiezioni al regime ospedaliero senz'alcool: ad esso spetta solo il valore di eccitante: la sua indicazione è solo di eccezione.*

Le cose che Vi ho esposto sinora mi hanno dato la convinzione che la soppressione dell'alcool dalla dieta ospedaliera non è dannosa.

Ma debbo dirvi che questa soppressione riuscì utile in un numero di casi assai maggiore di quanto non avrei pensato *a priori*.

Ormai quasi tutti i medici riconoscono che il limite sotto a cui l'alcool (sia in forma di vino che in forma di distillato) è innocuo, è assai più basso di quanto non si pensi volgarmente.

I criterii con cui il profano giudica la propria tolleranza, sono estremamente varii, affatto subbiettivi, e sprovvisti di qualsiasi valore: afferma di non eccedere chi raggiunge i due litri al giorno, altrettanto di chi beve mezzo bicchiere per pasto; e in quanto al danno che può risentirne la salute, troverete disposto a riconoscerlo solo colui che di tratto in tratto prende la sbornia, e sa che il giorno dopo avrà il mal di capo e la svogliatezza al lavoro. Ma se a chi si lagna della pirosi gastrica abituale, di qualche frequente vertigine, del sonno irrequieto, di facile pesantezza al capo, di fatti vasomotorii molesti, vi proverete a dire che tutto ciò può esser dovuto al litro di vino bevuto durante i pasti, e al semplice aperitivo che li precede, si risponderà inevitabilmente che ciò non è possibile, perchè il vino *era di buona qualità*, e perchè non avendo mai procurato cenno di ebbrezza, era tollerato benissimo.

Quando dunque si parla di alcoolismo, e se ne tratta come medici, dal solo punto di vista dell'eziologia morbosa, non basta dire che l'abuso dell'alcool porta alla gastrite cronica, alla cirrosi del fegato, all'arteriosclerosi, alla polinevrite, al *delirium tremens*, alla pseudodemenza paralitica, ma bisogna aggiungere due cose: *l'una* che è un pregiudizio nefasto il credere che l'abuso cominci solo là dove comincia l'ubbriachezza, mentre non rari esempii, interpretati col massimo rigore, potrebbero dimostrare che, senza aver dato mai l'ubbriachezza, l'alcool fu capace di portare i maggiori guasti ai vasi ed ai visceri; *l'altra*, che al di fuori di ciò che è, e che anche comunemente passa per *abuso*, vi è un *piccolo alcoolismo*, in cui l'innocente litro giornaliero (ed anche meno) fu capace di dare il catarro gastrico cronico, le piccole diarree, la sonnolenza dopo il pasto, ovvero l'insonnia abituale, le moleste vampate al capo, la vertigine abituale, una nevrosi viscerale, la faringite o la laringo-tracheite cronica.

Qui naturalmente, dalla parola *alcoolismo* esula ogni significato di *abuso*, di *vizio*, di *fenomeno sociale*, ma le resta il significato medico di *intossicazione da piccola dose d'alcool*. Si tratta di intolleranze individuali, le quali però sono tutt'altro che rare. Molti tra gli *astemii* vi diranno ch'essi sono tali perchè hanno riconosciuto che anche due dita di vino sono capaci di dar loro turbe non indifferenti, e tali che l'abitudine non potè vincere. Eccovene qualche esempio concreto.

1. Il collega dott. E... L... di 56 a., è divenuto astemio da parecchi anni, perchè soffrendo di turbe gastriche, a cui non sapeva dar causa, dopo ripetuti tentativi di regime e di cura, riconobbe che solo rimedio era abolire il bicchiere di vino cui era abituato, ai pasti. Ora sta bene; se gli succede qualche volta di non poter rifiutare un bicchiere, ricomparisce subito il senso di peso doloroso allo stomaco, e, costantemente, dopo poche ore, gli si produce un paio di scariche diarroiche, colle quali la sofferenza finisce.

2. L... B..., giovanetto di 13 a., non beve perchè ogni qualvolta ha assaggiato, anche due dita di vino, gli si determina un'eruzione eczematosa al dorso; il medico di famiglia mi confermò questa deposizione del ragazzo, e dei genitori. E recentemente potei constatare io stesso il fenomeno, verificatosi nel ragazzo l'indomani della presa di un bicchierino di rosolio.

3. L... S..., di a. 35, astemio, mi dice che due dita di vino, anche anacquato, gli dànno la vertigine; non potè mai abituarsi; avendo preso una volta *un* bicchierino di liquore, *non ha più saputo d'esser lui*.

4. Il collega prof. G... B... F..., di a. 48, neuroartritico, ha sempre avuto stomaco delicato: però nutrendosi con riguardo, evitando cibi piccanti, e attenendosi prevalentemente a regime latteo-vegetariano, non ha sofferenze. Esami, ripetuti a lunghi intervalli, del suo chimismo gastrico, lo dimostrarono sempre un *ipocloridrico*. È sempre stato astemio, perchè qualunque dose d'alcool, anche minima, e sotto qualunque forma, gli provoca, un'ora dopo introdotta, un dolore urente allo stomaco, e così violento, da costringerlo a cercar sollievo nel lavaggio dello stomaco. Se non ricorre a questo,

dopo un paio d'ore gli si provoca una scarica alvina, improvivsa, diarroica, fetida, con cui si libera della sofferenza.

Mi ha assicurato che anche di recente, essendosi lasciato indurre ad assaggiare a pasto due dita di vino bianco, il quadro si riprodusse tal quale.

L'avo materno, e in parte la madre, presentarono gli stessi fatti.

5. B... S..., di a. 28 fu sempre astemia: ogni qual volta assaggiò anche solo un dito di vino, ne risentì vertigini, cefalea che durava anche tutta la giornata, senso di arresto della digesione con pesantezza dello stomaco e nausea da giungere qualche volta al vomito. Nessun altro membro della famiglia presenta questa intolleranza.

Casi come questi, sono tutt'altro che rari: ognuno di voi può persuadersene facendo intorno a sè una piccola ma scrupolosa inchiesta. Ma benchè così accessibili, questi fatti non sono affatto considerati nella letteratura medica sull'alcoolismo. E tuttavia essi hanno la loro importanza. Casi come il 1° e il 4°, sono espressione evidente di una intossicazione, a tipo ben determinato e costante. Può darsi che questi — come pure tutti gli altri fatti che ho citato — debbano rientrare nel quadro delle anafilassi alimentari. Può darsi invece che questa forma di *idiosincrasia* resti del tutto separata dall' *anafilassi* perchè all'alcool si debba negare definitivamente una qualsiasi funzione di *antigene.* Comunque, sia per l'interesse che oggi destano tutti questi ordini di fenomeni, sia per il rapporto certo esistente tra le idiosincrasie che ho descritto e gli effetti generali dell'abuso e dell'uso dell'alcool, credo che queste gravi intolleranze alle piccole dosi meriterebbero di essere approfondite nel loro meccanismo.

Gli *astemii* sono persone che hanno saputo analizzare le loro sofferenze, ritrovarne la causa, ed evitarla; ma accanto ad essi (non numerosi), c'è la falange di coloro che sono incapaci della ricerca intelligente su sè stessi, o del piccolo sforzo necessario ad utilizzarla: questi, spesso, neanche si sognano di dovere i loro disturbi, talora non lievi, alle dosi moderate di alcool che introducono, e se ne origina quindi il *piccolo etilismo* di cui vi parlavo, di cui potrei portarvi i documenti più persuasivi ed a cui spesso la semplice astinenza diventa riprova e cura.

Questo piccolo etilismo è diffuso più che non si creda, ed è uno dei fondamenti alla mia convinzione dell'utilità del regime analcoolico ospedaliero.

Questa dev'essere pure una delle ragioni, per cui il regime di astinenza è così ben tollerato, anzi — oserei dire, se non temessi di incorrere nella vostra incredulità — così gradito dai malati di ospedale. Gli ammalati non di rado lo riconoscono esplicitamente. Di mano in mano che ho appreso a convincermi di questi fatti, ho rivolto ai malati domande più concrete su questo punto; è così che sopra un totale di 425 interrogati, ben 372 dissero di non aver sentito la privazione del vino; e sugli ultimi 100, a cui chiesi esplicitamente *se e perchè* si fossero trovati meglio senza vino, 29 mi risposero affermativamente dichiarando, per la massima parte, che avvertirono: o la *testa più libera,* la *testa più solida,* o il *sonno più tranquillo,* o la *digestione più sollecita,* o l'*appetito più pronto*: pochi non seppero dar ragione della loro migliorata cenestesi.

* * *

Nella mia divisione, anche quando ne faceva parte il Riparto di Custodia, ove sono accolti gli alcoolizzati, l'alcool è sottratto immediatamente, sotto qualsiasi forma, a qualunque malato, sia o non sia bevitore.

È lecito ciò? In passato si rispondeva negativamente. Oggi le opinioni sono ben mutate in proposito. Nei Manicomii, nei Sanatorii per svezzamento, si segue ormai la pratica della soppressione brusca, immediata: nessuno ne ha visto danni.

Legrain, direttore dell'asilo di Ville-Juif, dice che lo svezzamento deve essere radicale, immediato, definitivo; ch'esso è non solo possibile, ma facile; afferma ch'esso richiede una cosa sola: *la convinzione del medico.*

Credo che le conclusioni di Legrain rispondano completamente al vero. Avendo fatto una discreta esperienza nel Riparto di Custodia, di cui diressi per 4 anni la sezione maschile, posso dire che non ebbi mai a notare un fatto solo che mi facesse rimordere di non aver somministrato dell'alcool a individui entrati o con epilessia alcoolica, o con *delirium tremens,* o perfrigerati da caduta nell'acqua per ubbriachezza, o con traumi gravi del capo riportati ubbriachi, o con pneumoniti insorte sopra un terreno minato dall'alcool.

Il Riparto di Custodia, che ha una popolazione (scarsa, ma costantemente rinnovantesi) di ubbriachi, di deliranti, di violenti, di suicidi, si presterebbe assai bene a cogliere sia eventuali ribellioni al regime proibitivo, sia delirii da astinenza o collassi da improvvisa sottrazione: non vidi una sol volta fatti che accennassero a qualche cosa di simile.

Nè so trattenermi da un confronto con ciò che succede nello svezzamento dalla morfina! E debbo farlo tanto più che trattatisti anche

recenti, come p. es. Carnot, mettono a questo riguardo tutti in fascio: alcool, cocaina, morfina, partendo da dati di oservazione che sono errati. Chi ha tentato più di qualche volta una demorfinizzazione, sa quale ne sia l'affaticante andamento, sempre eguale a sè stesso, e sempre disperante. Anzi è così completa l'antitesi fra ciò che succede in un morfinista senza morfina e in un alcoolizzato senz'alcool, da imporre la convinzione che anche il meccanismo di svezzamento dev'essere fondamentalmente diverso.

Il periodo di demorfinizzazione costituisce di per sè un vero quadro clinico, imponente nei suoi sintomi subbiettivi ed obbiettivi, in cui lo stato di ansia del malato, i fenomeni obbiettivi, circolatorii e viscerali e nervosi, sono tali da giustificare la somma di teorie che furono avanzate per interpretarlo, e che presuppongono tutte un intimo e reale processo isto-chimico, che deve svolgersi tumultuariamente nelle 48 ore dopo che la morfina venne bruscamente sottratta.

Per l'alcool, nulla di tutto ciò! La sua sottrazione sembra non modificar nulla nell'organismo del bevitore, il quale vi resta indifferente fisicamente e psichicamente: quando l'alcool è desiderato, lo è, per forma e per intensità, nè più nè meno di un qualsiasi alimento gradito. Ho acquistato l'assoluta convinzione che qualunque opinione contraria è effetto di pregiudizio o di suggestione, e credo questo punto così importante che dovrò riparlarne più innanzi.

*
* *

L'eliminazione dell'alcool dalla dieta ospedaliera non passerà senza obbiezioni da parte dei caldi fautori che l'alcool ha ancora, e che conta anche fra i medici. Questi lo vantano per le sue proprietà energetiche e alimentari, e come eccitante, e come aperitivo, e come eupeptico, e poi come antitermico, e come diuretico, e come antisettico generale.

Ora mi guarderò bene dall'entrare nelle grossu questioni che per ognuna di queste proprietà dovrebbero esser discusse. Certo è che per le ultime tra esse, troppo ipotetico ed esiguo ne è il valore di fronte a quello di sostanze ben note nella loro efficacia farmacologica: delle altre, vi dirò brevemente, e sempre in rapporto alla loro importanza nel nostro regime ospedaliero.

Dal punto di vista *energetico*, la sottrazione non può essere che trascurabile: 100 a 250 cmc. di vino, oscillante intorno al 10% di contenuto d'alcool, corrispondono a 10 fino a 25 cmc. d'alcool e cioè a 70 fino a 175 calorie. Nel nostro ospedale, la 2ª, 3ª e 4ª dieta (secondo la tabella compilata nel 1907 e poi appena ritoccata) corrispondono rispettivamente a

2000	2280	3000	calorie per gli uomini
2000	2000	2430	„ per le donne:

le nostre diete possono dunque tollerare questa lieve sottrazione, la quale d'altronde è facile compensare con una modica somministrazione di latte: il nostro ospedale lo ha sempre ottimo, ed io ne faccio aggiungere sistematicamente a dette diete regolamentari, da 250 a 300 cmc. rispondenti a 140-168 calorie, rimpiazzanti dunque perfettamente quelle del vino. Con questa somministrazione miro non solo a dare un cibo medicamente perfetto, ma anche ad abituare e ad affezionare ad esso il malato, e posso dire che ciò riesce sempre: non solo nessun malato lo rifiuta, ma anzi, come costantemente mi hanno assicurato le nostre Suore, viene ricercato da tutti con grande desiderio.

L'alcool, appunto perchè energetico, è un *risparmiatore dei grassi e degli idrati di carbonio*, e, secondo alcuni, un *risparmiatore dell'albumina.*

Nel regime ospedaliero, questo suo valore non può esser discusso che nelle alte piressie, di lunga durata. In ogni altra forma, dato lo stato di riposo in cui si trova il malato, dato il regime dietetico ricco quanto basta, dato che *nessuno* rifiuta il bicchier di latte offertogli in sostituzione del vino, resta escluso che un qualsiasi danno sotto questo aspetto venga dalla sua soppressione.

La cosa è forse diversa nelle infezioni febbrili, di media e lunga durata, dove, sia per l'anoressia che le accompagna, sia per le speciali esigenze di risparmio del tubo gastro-intestinale che non di rado si impongono, può apparire utile la somministrazione di un grosso numero di calorie sotto forma d'alcool, quando relativamente poche se ne possono dare coll'albumina, cogli idrati di carbonio, coi grassi. In ciò trovano spiegazione (ma non, certo, giustificazione) le altissime dosi di alcool che furono somministrate in altri tempi a pneumonici, a tifosi, a tubercolosi! Oggi non saprei ammettere, come dose lecita, più che i 200 a 250 cmc. di Marsala (o un loro equivalente), dati spesso p. es. nelle corsie dei tifosi. Ciò vuol dire: 40 a 50 cmc. di alcool, cioè 280 a 350 calorie; ora ad esse corrispondono p. es. un uovo e uno a due bicchieri di latte, oppure un uovo e 30 gr. di plasmon, oppure una bella tazza di brodo vegetale di Harris Hougton,

oppure un cucchiaino di zucchero aggiunto ad ogni bicchiere di latte delle 24 ore. M'è parso assai raro (oserei dire eccezionale) che entro questi limiti non si possa forzare, e forzare senza danno, l'abituale inappetenza del tifoso, mentre invece mi domando se si debba proprio considerare come innocuo il largheggiare d'alcool (cioè di una sostanza che è nota come veleno protoplasmatico) proprio in un momento in cui l'infezione per sè, e le alte temperature per conto loro, minacciano di disfacimento i protoplasmi cellulari di visceri nobilissimi: cuore, reni e fegato!

Perciò credo che, anche nelle infezioni acute, il valore energetico e risparmiatore dell'alcool dovrebbe essere sfruttato solo nei pochi casi, di impossibile o assai difficile alimentazione, e il suo valore eccitante, là solo dove ne urge l'azione, come dirò ben presto.

Come *eupeptico*, l'esperienza mi ha convinto che il vino non ha assolutamente alcun valore; per chi ha stomaco sano, non vidi mai che la sottrazione di esso togliesse il buon appetito, o rendesse meno saporito il pasto; per chi ha lo stomaco malato, di forme leggiere o gravi, per fatti funzionali, o per fatti anatomici, con disturbi di iper- o di ipo-secrezione, non vi fu una volta sola in cui non potessi constatare l'azione benefica della sua sottrazione. Asserisco di non aver *mai* udito una persona lamentarsi che l'appetito gli è diminuito, che mangia meno o digerisce peggio, per avere eliminato la razione del vino, e asserisco invece di aver udito infinite volte (anche da chi non è bevitore nel senso ordinario della parola) che, soppresso il vino, ha mangiato di più e più volentieri. Perciò, di fronte ai risultati alquanto contradditorii, ottenuti sperimentalmente dai numerosi autori nello studiare l'azione dell'alcool sulla secrezione e sulla motilità dello stomaco, io mi attengo all'empirismo, che mi fornisce questo dato di assoluta certezza: *l'alcool, anche sotto forma di vino, nuoce spesso alla digestione, non le giova mai.*

Resta il valore dell'alcool quale *eccitante*. Non solo non è possibile negarlo, ma aggiungo che riconosco anche il pregio che in ciò gli viene dalle sue qualità organolettiche, che ne fanno un liquido grato al palato. Ma, tranne che per ciò, noi abbiamo tutta una serie di sostanze, che possono sostituirlo completamente in ogni sua indicazione medica. Cosicchè, mentre in condizioni ordinarie nulla troverò da obbiettare all'uso di dosi moderate di alcool in casi ben determinati di collasso circolatorio, altrettanto affermo che in nulla si danneggia il malato, se, in vista di un altro ordine di concetti, si sostituisce ad esso tutto l'altro arsenale degli eccitanti.

D'altronde, il problema ridotto a questi termini, è ben poca cosa, e si può trovare facilmente un terreno di conciliazione.

Io stesso sono pronto, come già dissi, a riconoscere che nel collasso esso costituisce un sussidio ottimo, di azione pronta, facile ad aversi, facile ad applicarsi, in qualche contingenza insostituibile; sono pronto a riconoscere che dove un'introduzione alimentare sufficiente è impossibile, il suo valore energetico e di sostituzione deve essere utilizzato: io stesso ad esperimento compiuto non mi rifiuto di custodire nell'armadio dei medicinali di urgenza una bottiglia di marsala e un bottiglia di cognac pei casi eccezionali, come feci sinora pel Riparto delle tifose.

Ma voglio ripetere che considero queste indicazioni come eccezionali. Non credo affatto al bisogno abituale, e neppure frequente, di *eccitanti* nel corso delle infezioni.

Gli eccitanti hanno un'azione sollecita, ma di breve durata; dànno un esaltamento delle funzioni cerebrali e delle funzioni più vitali: respiratoria e circolatoria, ma fanno succedere, più o meno lungo e più o meno accentuato, il periodo reattivo della depressione; elevano l'azione vitale, ma non suppongono necessariamente, come dice Soulier, la riparazione della perdita che collo sforzo di funzione hanno determinato.

Evidentemente adunque, la loro indicazione dovrebbe restar circoscritta ai casi in cui una depressione delle funzioni vitali è direttamente e immediatamente minacciosa per l'esistenza, e in cui si può sperare che il breve soccorso del farmaco aiuti l'organismo a superare la minaccia. Al di fuori di questi casi è lecito pensare che l'abuso degli eccitanti riesca non di rado dannoso col loro stesso meccanismo d'azione, sia perchè il periodo di reazione può di per sè superare in gravità il pericolo cui si vuol ovviare, sia perchè le stesse ripetute alternative nelle grandi funzioni e specialmente nelle pressioni vasali, possono finire collo stancare gli apparecchi regolatori.

Per ciò che riguarda l'azione eccitante dell'alcool in particolare, è ben vero che molti, troppi, la esaltano e che Binz non ne riconosce altro che gli stia a petto, in quanto che non solo gli attribuisce proprietà cardiocinetiche, e afferma che esso aumenta, e talora perfino raddoppia, la capacità respiratoria, ma esclude anche che a questo aumento segua una fase di depressione respiratoria.

Ma anche dopo gli studi di Binz, le osserva-

zioni sull'azione cardiocinetica dell'alcool si mantennero contradditorie, e mentre p. es. per Kochmann, dosi di alcool, piccole e ripetute, riescono negli infettivi a rialzare anche per un lungo periodo la pressione arteriosa, Swientochowski invece trova aumento di frequenza del polso senza aumento di pressione, e conclude che l'alcool, anzichè rinforzare il cuore, lo indebolisce.

Nè possiamo dimenticare che un farmacologo insigne come Schmiedeberg, ha sostenuto, in questa aperta opposizione a Binz, essere l'alcool non altro che un agente paralizzante di determinati centri e funzioni, al quale solo una fugace prevalenza degli apparecchi antagonisti, dà parvenza di stimolante. Ed infatti per le funzioni psichiche, tutti sanno che l'alcool eccita, in quanto arresta i poteri superiori di inibizione; ma anche la apparente azione cardiocinetica pare ai più si limiti ad una vaso-dilatazione periferica paralitica, apportatrice di una transitoria diminuzione di resistenza alla pompa cardiaca. Questa sicura azione vaso-dilatatrice non può non essere guardata con sospetto nei casi numerosi (e quasi *regola* nel tifo) in cui già l'infezione determina una paresi vaso-motoria, e in cui questa già di per sè è fattrice di disordini circolatorii non piccoli: tale azione dell'alcool sarà invece desiderata nei casi, più rari e transitori, di costrizione vasale, o di spasmo, determinanti fatti periferici molesti, e aggravio pericoloso del lavoro centrale.

Saremo dunque sempre nell'eccezione: e per essa, solo per essa, ben resti l'alcool tra gli stimolanti, preziosi ad ogni indicazione di urgenza!

NOTE E COMMENTI.

Sulla resistenza del fermento latticoproteolitico all'essiccamento.

Egregio Sig. Direttore del «Policlinico».

Mi permetto pregarla di accogliere la seguente in difesa di mie ricerche a proposito della nota che il dott. Giuseppe Monti ha pubblicato in codesto stimato periodico (*Il Policlinico*, Sezione pratica, 7 ottobre 1917) intorno ai medicamenti con fermenti lattici.

Il Monti lamenta la scarsa resistenza dei comuni fermenti lattici all'essiccamento, onde essi si trovano per lo più morti o inattivi nei preparati batterioterapici secchi.

Io che fui tra i primi a mettere in guardia contro siffatto inconveniente (V. *Rendiconti del Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere*, 1908, pag. 663), non posso che approvare il nuovo monito sul pericolo di usare preparati batterioterapici del tutto inerti; anzi ne prendo occasione per ritornare sulla mia proposta che le Case fornitrici di simili preparati siano tenute a dichiarare la loro composizione microbica e la durata della loro vitalità.

Senonchè il Monti estende il suo lamento anche al fermento lattico proteolitico che sette anni or sono io ho descritto e proposto per la batterioterapia gastrointestinale (V. *Atti della Società Medico-Biologica Milanese*, 1910, fascicolo 1). Ora, siccome il giudizio del Monti è in contraddizione con quanto ho dichiarato, che cioè detto fermento si differenzia dai comuni fermenti lattici altresì per «la sua notevole «resistenza vitale anchè nel preparato farma«ceutico secco che è messo in commercio dalla «Ditta Carlo Erba sotto il nome di *Lattopresa«mina*», ci tengo a confermare la mia asserzione.

Già cinque anni fa comunicai sul *Pensiero Medico* (29 settembre 1912) che nei discoidi di Lattopresamina, conservati nell'ambiente, il fermento lattico proteolitico si mantiene in vita e attivo per oltre due anni e mezzo.

Oggi, dopo la nota del dott. Monti, ho voluto controllare campioni di Lattopresamina che conservo in collezione dal marzo 1916, dal giugno 1914, dall'aprile 1912 e dal giugno 1910. A tale effetto ho stemperato una compressa di Lattopresamina in dieci centimetri cubici di acqua sterilizzata e con un'ansa di questa emulsione ho insemenzato dieci centimetri cubici di latte sterilizzato; orbene tutt'e quattro i campioni di Lattopresamina coagularono il latte a 37° C. nelle 24 ore coi caratteri che ho

esposti nel lavoro succitato e con un reperto microscopico che dinota uno sviluppo assolutamente rigoglioso del fermento latticoproteolitico in cultura pura.

Pertanto tale risultato viene non soltanto a rincalzare le mie ricerche sulla notevole resistenza vitale di questo particolare fermento lattico, ma reca altresì un caso interessante di longevità batterica eccezionale che supera persino i sette anni e mezzo puranco allo stato secco.

Coi migliori ringraziamenti e ossequi

Dev.mo

Prof. COSTANTINO GORINI.

Milano, 31 *ottobre* 1917.

RIVENDICAZIONI.

A proposito dell'aftizzazione endovenosa dei dottori Cosco e Aguzzi.

Il non preoccuparsi di ciò che fanno gli altri studiosi, come dicono gli egregi dottori Cosco e Aguzzi nella loro rivendicazione (*Policlinico*, Sez. Prat. fasc. 42), può essere modo semplice per non avere rammarichi; i fatti però restano sempre e per ogni tempo fatti, al di fuori quindi di ogni disinvoltura e di ogni tentativo di sottacere l'opera altrui.

Ed i fatti dicono:

C. e A. pubblicano *nell'aprile 1916* una *nota preventiva* nella quale riferiscono unicamente l'osservazione che il sangue, il siero ed i globuli rossi lavati di bovini aftosi, nel periodo della febbre, iniettati a bovini sani, *riproducono* l'afta; nessun accenno vi è nella nota preventiva largamente diffusa — nè nell'intervista «Una importante scoperta sulla profilassi dell'afta epizootica» fatta alla fine di settembre 1916, quando il nostro lavoro era già in corso di stampa — sulla possibilità di ottenere l'immunizzazione negli animali con le iniezioni endovenose di emazie lavate.

Belfanti e Ascoli *nell'ottobre 1916* pubblicano un lavoro in cui riferiscono i loro esperimenti di immunizzazione contro l'afta, praticati su dodici suini, dai quali risulta che il sangue di suini aftosi in certe condizioni e *i globuli rossi lavati di bovini aftosi iniettati nelle vene* danno rialzi termici senza manifestazioni aftose e conferiscono l'immunità di fronte al virus aftoso.

Nell'aprile 1917 compare un riassunto della relazione di C. e A. letta il 19 febbraio in una seduta della Commissione per gli studi sull'afta: solo in questa si trova registrato il fatto desunto da osservazioni su sedici bovini, che l'inoculazione endovenosa dei globuli rossi lavati determina nei bovini una reazione generale e un'immunità, la cui durata, secondo le prove *iniziali*, non è minore di *due mesi*, il che farebbe supporre che le prime esperienze di C. e A. non fossero anteriori al dicembre 1916.

Dai fatti risulta che noi per primi abbiamo osservato e pubblicato il fenomeno fondamentale, del quale abbiamo esattamente interpretato il valore e la portata pratica come lo attestano le parole a pag. 21 della nostra pubblicazione: «*Le nostre prove avvierebbero verso una soluzione pratica molto semplice del problema immunitario nell'afta e fanno balenare innanzi agli occhi il miraggio di una aftizzazione endovenosa più razionale forse degli altri procedimenti finora applicati con varia fortuna nella lotta contro l'afta*».

Contro il nostro costume ci siamo indotti ad una discussione su priorità di ricerche che potranno o no avere un'importanza nella pratica veterinaria; ma insorgiamo contro il malvezzo di non voler prendere in considerazione le fatiche e le esperienze altrui le quali, in via generale, rappresentano quei tentativi che riappaiono poi con vesti nuove e che a loro volta cadono come le precedenti (auguriamo che nel caso particolare ciò non sia), ma che tuttavia hanno, come noi dicemmo, il merito di tener sempre deste le speranze degli studiosi e sempre attive quelle indagini mercè le quali soltanto si raggiunge il successo.

S. BELFANTI e A. ASCOLI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

SEMEIOLOGIA.

La dimostrazione del sangue occulto.

Di questo problema semeiologico si occupa ampiamente Boas (*Berl. Klin. Woch.*, n. 51, 1916).

Una gran parte delle opinioni discordi sulla esistenza del sangue occulto nelle malattie gastro-enteriche si debbono agli errori dei metodi di esame in sè stessi, ed alla errata esecuzione loro. Spesso le ricerche sono eseguite con reagenti disadatti, usando metodi propri, mancanti di esattezza e di precisione. La tecnica più sicura, e quindi preferibile, è quella che consiste nella dimostrazione microchimica e spettroscopica delle emorragie occulte. Però tutti i tentativi, anche dell'A., di dimostrare traccie minime di sangue nelle feci, colla preparazione di cristalli di emina, non diedero fino ad ora risultati. La dimostrazione spettroscopica d'altra parte, per la sua sensibilità, non ha raggiunta la praticità desiderabile ed innanzi tutto lo spettroscopio ed il suo uso non sono in possesso generale dei medici. La maggior diffusione quindi dei metodi di dimostrazione catalitica, e fra questi specialmente la prova del guaiaco, della benzidina e quella della fenolftaleina: a ciascuna sono però inerenti pregi e difetti.

Una causa di errore comune è che tutte le prove catalitiche non sono specifiche del sangue, non essendo altro che reazioni dell'ossidasi.

Secondo Boas tutte le reazioni catalitiche, quando si ricerchi con esattezza ed i reagenti siano perfetti, si possono impiegare quando il sangue è abbondante, in accordo completo fra di loro. Quando però vi sono piccole quantità di sangue nel contenuto gastrico, o nelle feci, si possono avere differenze notevoli e la reazione del guaiaco e quella dell'aloina possono essere completamente negative, mentre la prova della benzidina e quella della fenolftaleina sono più o meno positive. Questi due ultimi metodi per lo più concordano fra di loro, e, se entrambi danno risultato negativo, si può con sicurezza concludere che il sangue è assente.

Ottenendosi un risultato negativo con la prova del guaiaco, si può obbiettare che per la poca sensibilità la prova simula l'assenza di emoglobina ed all'opposto a chi usa i metodi più sensibili che essi simulino la presenza di sangue occulto. Nella prova della benzidina, molto sensibile e sicura, adoperando ad esempio estratti acetico-alcoolici di feci, si può avere risultato positivo anche in condizioni non patologiche. Anche recenti modificazioni di detta prova non tolgono ogni incertezza, perchè, per rendere il metodo meno sensibile, possono essere frapposti ostacoli o troppo forti, o troppo deboli. Non sappiamo ancora d'altra parte quali siano le sostanze, oltre il sangue, capaci di dare reazione verde colla benzidina: possiamo però affermare che non si tratta, come molti ammettono, di fermenti ossidativi organici; probabilmente si tratta di ossidasi inorganiche, termostabili, essendosi ottenuti gli stessi risultati cogli estratti di feci bollite e non bollite.

Le stesse possibilità di errore molto probabilmente possiede anche la prova della fenolftaleina, tanto più poi che essa può contenere fenolftalati basici, i quali possono produrre un debole colore rossastro anche in assenza di sangue. Inoltre, già poco tempo dopo la preparazione della fenolftaleina completamente ossidata, aggiungendo acido acetico, acqua ossigenata ed alcool, si ha talora un accenno di color rosso del reagente. Da ultimo, come per la benzidina, possono anche per la fenolftaleina intervenire catalizzatori inorganici.

In tali circostanze anche oggi è desiderabile un metodo esatto per la dimostrazione di minime quantità occulte di sangue. Soltanto la reazione di Weber, modificata dallo Schumm, corrisponde alle esigenze mediche: il metodo mira a togliere possibilmente tutte le sostanze, che disturbano la reazione del guaiaco (sostanze coloranti, grassi, catalizzatori organici ed inorganici), ma non ha potuto diffondersi in pratica per le grandi quantità di etere, di alcool e di tempo che richiede.

Si può arrivare allo stesso risultato adoperando dei mezzi di estrazione per l'emoglobina migliori dell'etere e cercando di estrarla quanto più completamente possibile dalle feci. Perciò Boas fin dal 1913 propose la estrazione con acido acetico ed alcool. Si estraggono però in tal modo anche le sostanze coloranti delle feci, che disturbano la reazione e, quando le traccie di sangue sono minime, anche questa modificazione non dà il risultato voluto, oppure riesce incerta. Il Citron alcuni anni fa raccomandò la piridina come ottimo solvente del sangue, però essa dà disturbi della respirazione allo sperimentatore e da sola col guaiaco provoca il colore azzurro.

Quindi il Boas provò un altro solvente del sangue, che supera tutti i precedenti e cioè l'idrato di cloralio in soluzione concentrata. Il metodo non è nuovo e lo Schaer ed il Bosselt lo raccomandarono, quest'ultimo per la dimostrazione forense del sangue. Non fu però sino ad ora adoperato per la dimostrazione clinica di emorragie occulte.

Il metodo è il seguente: Si prende dal centro delle feci una parte grande come un fagiuolo, od una ciliegia, e si pone in un mortaio; si aggiungono 5-10 cmc. di soluzione alcoolica di cloralio idrato al 70 % e 20 gocce di acido acetico; si tritura bene. Si scioglie poi una punta di spatola di resina di guaiaco ben polverizzata in 2 cmc. della stessa soluzione, si aggiungono 20-30 goccie di acqua ossigenata al 3 % e si agita fortemente: quest'ultima si dispone in alto, mentre al di sotto si trova l'alcool al cloralio. Se vi è presenza di emoglobina, lo strato superiore ben presto si colora in azzurro: la colorazione non rimane però che per breve tempo.

Colori più evidenti e più stabili si ottengono adoperando, invece della resina di guaiaco, l'acido guaiacolico Merck, del quale si scioglie una punta di coltello in 2 cmc. della soluzione alcoolica di cloralio e si aggiungono poi 20 goccie di acqua ossigenata ed alcune di alcool fino a soluzione chiara. Quando manca l'emoglobina con entrambi i metodi si ha colore verde. Molto bene corrispose la reazione nella capsula di evaporazione. Si pongono nella capsula 2 cmc. della soluzione di guaiaco in alcool al cloralio, si unisce 1 cmc. di acqua ossigenata e qualche goccia di alcool; quindi si fa gocciolare lentamente dal filtro l'estratto in alcool al cloralio: se vi è sangue, si manifesta un colore azzurro, più o meno intenso.

L'A., invece di acqua ossigenata, adoperò come catalizzatore anche l'olio di trementina, ma senza particolari vantaggi. Il metodo dà solo buoni risultati per la dimostrazione del sangue nelle feci. Per la ricerca nel contenuto gastrico il Boas si attiene tuttora al vecchio metodo di estrazione con alcool ed acido acetico, previa neutralizzazione con carbonato sodico. Il metodo della estrazione con l'alcool al cloralio è superiore a tutti gli altri, se ne eccettui forse quello dello Schumm: però ne è molto più semplice e richiede poco tempo. Tuttavia l'A. ritiene sempre necessario non contentarsi di una sola reazione catalitica, ma di controllarla con un'altra, quanto più possibile sicura, specie nei casi incerti, come spesso accade nella ulcera gastrica in via di guarigione ed in altri casi consimili. In questa occasione Boas trovò nella timolftaleina una sostanza, che si può adoperare con molto vantaggio come reagente del sangue.

L'Autore quindi ritiene che queste due reazioni, quella della estrazione per mezzo di alcool al cloralio e quella della timolftaleina, siano, in base alla copiosa sua esperienza, preferibili per la dimostrazione del sangue, anche in piccole quantità. Non osservò cause di errore, che potessero trarre in inganno. P. C.

CASISTICA E TERAPIA.

Nicotinismo e suoi rapporti con le neurosi di guerra

Il dott. Siebelt (*Medizinische Klinik*, n. 3) dimostra che le parti attive del fumo di tabacco, quando non si tratti di qualità speciali e molto forti, esercitano un'azione deprimente sui centri nervosi e loro terminazioni, e più sui nervi sensitivi che su quelli di moto. Tale azione, contrariamente a quanto avviene per altri narcotici, si esplica senza dar luogo a senso di stordimento ed anzi è tanto leggera che il fumatore non l'avverte, e durante il lavoro sia materiale che mentale si manifesta facendolo sembrare meno grave ed affaticante.

Il fumo oltre a calmare l'eccitazione prodotta dal sopralavoro, è anche notoriamente un piacevole passatempo durante le lunghe ore di ozio e riesce a far meno sentire i molesti stimoli della fame: non è quindi difficile spiegarsi le ragioni del suo largo uso fra i combattenti. Ma accanto a questi effetti piacevoli ed apparentemente innocui, bisogna ricordarsi le grandi alterazioni morbose del sistema vasale e nervoso causate dal cronico abuso di esso, quali l'aumento della pressione sanguigna e l'eccitazione dell'attività cardiaca, con i fenomeni che ad essa sono connessi.

Di molto minore importanza sono gli altri disturbi da nicotismo cronico, quali il catarro faringeo gastrico ed enterico e i disturbi visivi ed auditivi.

Il Siebelt che sospettava che, oltre agli strapazzi ed agli eccitamenti, anche il tabacco avesse la sua parte nella etiologia delle numerose nevrosi cardiache e vascolari che si manifestano spesso tra i combattenti, ha visto la sua ipotesi confermata dalle osservazioni fatte prima in un ospedale di riserva e poi in uno destinato alle cure balneari.

Infatti quasi tutti i degenti affetti da neurosi facevano od avevano fatto un uso smodato di sigarette (ve n'erano persino alcuni che fumavano dalle 100, 120 e persino 130 sigarette al giorno) e quasi tutti confessavano d'aver spesso fumato a stomaco vuoto per calmare gli stimoli della fame.

Ora è noto che il tabacco confezionato per le sigarette è molto più attivo, sebbene contenga meno nicotina, di quello preparato per sigari e pipa, e che a stomaco vuoto i veleni del tabacco agiscono più energicamente.

La cura di tali malati consisterà in primo luogo nell'impedire l'abuso del fumo. È vero che, come avviene per altri di questi narcotici, è difficile liberarsi dall'abitudine del fumo, ma il buon volere può bastare giacchè la soppressione brusca del tabacco non produce disturbi.

È poi necessario il completo riposo corporale e mentale e si dovrà limitare anche il consumo di the, caffè e bevande alcooliche.

Sono consigliabili i bagni tiepidi a una temperatura massima di 35° per la durata di 25'-30' con sostanze aromatiche, seguiti da almeno un'ora di riposo in letto.

Non sono invece consigliabili i bagni all'acido carbonico, sia naturali che artificiali, giacchè spesso agiscono più come eccitanti che come calmanti.

Buon resultato dànno le applicazioni fredde nella regione cardiaca, durante il bagno tiepido, o le doccie non troppo forti dopo il bagno a una temperatura che si fa scendere lentamente dai 30° ai 20°.

La prognosi per tali malati non è sfavorevole: spesso la cura li rende nuovamente abili al servizio o per lo meno li rende atti a tornare ai loro affari nella vita borghese.

Naturalmente è necessaria molta pazienza da parte del soggetto e anche del medico, il cui compito è anche quello di incoraggiare e rafforzare la buona volontà del malato.

G. M.

L'avvelenamento da sublimato.

L'aumento nel numero degli avvelenamenti da sublimato richiama l'attenzione per una terapia più illuminata delle gravi condizioni in cui versano gli individui intossicati. Tali avvelenamenti non si verificano soltanto a scopo suicida ma anche in seguito all'uso del sublimato nella pratica chirurgica ed ostetrica. Gli effetti più salienti e peculiari non sono quelli immediati, come la stomatite, la gastrite e la successiva colite ulcerativa talvolta fatale, ma il verificarsi di un'anuria più o meno completa, che si inizia verso il quarto giorno dopo l'introduzione del veleno, e che può persistere fino alla morte, la quale avviene spesso per lesioni del fegato o del colon.

I sintomi gastro-intestinali si notano anche quando il sale di mercurio è introdotto per altre vie e rappresentano lo sforzo dell'organismo per eliminare il veleno: anche diversi giorni dopo l'avvelenamento si può trovare il mercurio nel contenuto gastrico. Ne viene quindi l'indicazione di procedere a frequenti ed abbondanti lavature dello stomaco e dell'intestino.

Quanto alle lesioni renali, che si sviluppano abbastanza tardivamente, Mac Nider ha dimostrato che non sono in dipendenza della gravità delle lesioni intestinali; esse sono costantemente associate con lo sviluppo di una intossicazione acida, ed alla gravità di questa corrisponde la gravità delle lesioni delle cellule, dei tubuli contorti, e l'estensione dell'infiltrazione grassa nelle cellule della branca ascendente dell'ansa di Henle.

Nelle esperienze dell'A. alcuni animali morivano abbastanza rapidamente, probabilmente per lo *shock* associato con la intensa azione locale del sublimato: non vi era evidenza di sintomi urinarî nè disturbi dell'equilibrio acido-base. Nei casi con sintomi tardivi intestinali, si notava un abbassamento delle riserve alcaline del sangue; con una cura anti-acidosica le condizioni ritornavano normali. In altri casi invece si notava una intossicazione acida grave e la morte avveniva con la tipica fame d'aria. Contemporaneamente allo sviluppo dell'intossicazione acida, l'escrezione urinaria diminuiva fino all'anuria.

Per ovviare ai danni dell'intossicazione acida con i suoi effetti necrotici sul rene e forse su altri organi, è quindi consigliabile un largo uso di liquidi alcalini anzichè di diuretici.

(*Journ. of the Am. med. Assoc.*, 30 giugno).

ini.

Il saturnismo nei bambini.

Kenneth D. Blackfan (*Americ. Journ. of the med. sciences*, giugno, 1917) ha raccolto nella letteratura numerosi casi di avvelenamento saturnino, e riporta in proposito anche diverse osservazioni personali. L'origine di questi avvelenamenti va ricercata in gran parte nell'abitudine dei bambini di rosicchiarsi le unghie o, comunque di portarsi le mani alla bocca dopo aver toccato ogni cosa, ed eventualmente grattato delle superfici precedentemente colorate con tinte a piombo. Nella maggior parte dei casi dell'A. si trattava di bambini che rosicchiavano le stecche dipinte a smalto della propria culla: uno di essi aveva una tale tendenza a rosicchiare ogni oggetto dipinto, che aveva rovinato l'ammobigliamento del salotto. In un'altra serie di 64 casi si trattava di ciambelle colorate con giallo-cromo (cromato di piombo). Talvolta è l'ambiente familiare stesso la causa di intossicazione, quando, p. e., la professione paterna espone ai pericoli del saturnismo (vasaio, pittore).

La sintomatologia è varia: il bambino deperisce, ha inquietudine notturna, dolori addominali, costipazione. Caratteristica è l'andatura barcollante; il soggetto cammina col lato esterno del piede, tenendo le dita retratte e lanciando lateralmente la gamba prima di posare il piede a terra. Si possono poi notare i soliti tipi di paralisi e la neurite ottica.

Molto frequentemente si verificano delle convulsioni generalizzate, che si ripetono a brevi intervalli, e resistono a tutti i calmanti (bromuri, cloralio, morfina); solamente con il cloro-

formio si possono avere dei miglioramenti. Frequente è la morte durante le convulsioni. La diagnosi può venire confermata dal reperto della linea azzurra di Burton sulle gengive e dall'esame del sangue (emazie punteggiate basofile); si può poi avere la dimostrazione diretta della presenza del piombo nelle feci e nelle orine, più spesso in quelle che in queste. L'esame del liquido cerebro-spinale può fornire dei dati sulla gravità dell'affezione ed aiutare la prognosi. E' dunque necessario tener presente la possibilità di tali avvelenamenti da piombo, specialmente in bambini che presentano deperimento o convulsioni di cui non si riesca a rintracciare la causa.

È importante altresì, nell'intento della profilassi, di rivolgere l'attenzione su tale argomento, poichè la frequenza di bambini che rosicchiano gli oggetti dipinti e specialmente la culla, è più frequente di quanto generalmente si creda. FIL.

L'insufficienza cardiaca consecutiva alle intossicazioni da gas asfissianti.

C. Lian (*Presse Médic.*, 22 genn.) ha osservato dei soldati che, otto mesi dopo essere stati esposti a grave intossicazione da gas (cloro) accusavano al minimo sforzo, palpitazioni, disturbi respiratori, dolore precordiale: nelle marce con lo zaino avevano sensazione di sete intensa, sudori profusi e stato vertiginoso.

Nel decubito dorsale l'esame di tali ammalati non rivelava nulla di anormale; il passaggio alla posizione eretta provocava però un'accelerazione cardiaca persistente; dopo uno sforzo, l'aumento della frequenza del polso era molto più notevole e duraturo che nei soggetti sani.

L'intossicazione da gas è ben lungi da lasciare normalmente simili conseguenze. Nei casi osservati, l'insufficienza cardiaca può attribuirsi sia all'esistenza di una miocardite tossica, sia al sovraffaticamento cardiaco provocato dai disturbi polmonari. Un cuore sovraffaticato, poi, potrà migliorare sotto l'influenza del riposo, ma non ritroverà più il suo stato anteriore. Inoltre la persistenza di lesioni di enfisema o di sclerosi polmonare potrebbe anche provocare la comparsa di tali fenomeni.

Il trattamento consiste in quello dell'insufficienza cardiaca; consigli igienici, tonici cardiaci, tonici generali. Quanto alle decisioni militari, esse dipendono dai disturbi circolatorî; i casi leggieri si trattengono ai corpi, dispensandoli dai servizî faticosi; i più gravi si inviano all'interno, dove, dopo un lungo riposo, si prenderanno le decisioni definitive.

I. P.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(881). *Ricerca della chinina nelle urine.* Al dott. G. G. abb. 1103.

Un metodo semplice di ricerca qualitativa è quello di Kerner, che si esegue trattando l'urina con nitrato mercuroso, e filtrando; nel caso che vi sia presente la chinina, il filtrato è fluorescente. La fluorescenza può venir messa in evidenza proiettando un fascio di luce contro il filtrato che viene mantenuto contro un fondo nero.

Meglio però vale estrarre la chinina e poi identificarla. Per l'estrazione può servire il metodo Gaglio, con cui si può anche fare la determinazione quantitativa. A 200 cmc. di urine si aggiungono 5 gr. di ossido di magnesio e si evapora a bagno-maria, fino a secchezza. Si dibatte il residuo con 60 cmc. di cloroformio, che poi si distilla, ripetendo il trattamento. Il residuo del secondo trattamento è costituito da chinina, che si può seccare a 120° e pesare od usare per determinazioni volumetriche. La chinina estratta può essere identificata con una delle reazioni seguenti: 1° l'aggiunta di alcune goccie di acido acetico o solforico alla soluzione acquosa od alcoolica determina una fluorescenza netta, anche in diluizioni 1:100,000; 2° La soluzione acquosa trattata con acqua di bromo, poi con soluzione di cianuro mercurico, e da ultimo con carbonato di calcio, dà una colorazione rossa. Sensibilità 1:800,000. La reazione però è data anche dalla morfina e nicotina; 3° (Pollacci). Un centigrammo del residuo si tratta con acqua ossigenata, si riscalda fino all'ebollizione, si aggiungono 2 goccie di acido solforico, ed un poco di biossido di piombo. Per sovrapposizione di ammoniaca, si forma un anello verde. FILIPPINI.

(882). Al dott. M. P. da R.:

L'Ufficio centrale antitubercolare di Roma (Corso Vittorio Emanuele, 229) può fornire, gratuitamente, varie pubblicazioni riguardanti la lotta antitubercolare. A. R.

VARIA.

Datori di sangue in America. — Per affrettare la trasfusione del sangue nei casi, sempre più numerosi, in cui questo intervento è indicato, la sola difficoltà, è costituita oggi dalla ricerca del datore di sangue.

È meno noto che i nostri amici americani hanno vinto la grave difficoltà, stabilendo degli onorari per donatori, impegnati in precedenza, che ne fanno una vera professione. La tariffa varia da 10 a 40 dollari per operazione. Tutti i grandi ospedali americani sono ormai forniti di questi donatori. (Da *Le Bull. Méd.*, 14 luglio 1917).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Uuione dei medici per la resistenza nazionale.

Dichiarazione

che i medici milanesi hanno approvato all'unanimità nella loro seduta del 5 novembre **1917** *e che sta raccogliendo l'adesione di tutti i medici italiani.*

Noi, medici italiani, dinanzi alle prove mirabili dei valorosi figli d'Italia, che in queste terribili settimane scrivono nuove pagine gloriose di più grandi abnegazioni e di eroici e generosi sacrifizi, vogliamo riunirci, dimentichi tutti di ogni dissidio di ieri, in un sol fascio di energie poderose e mettere a disposizione della resistenza nazionale e della Patria, calpestata dallo straniero, ogni nostro pensiero, tutte le nostre forze materiali, morali e professionali.

Promettiamo, intanto, a tutti i più modesti combattenti e ai loro cari, che stanno in ansia, la illimitata riconoscenza nostra, la nostra assistenza fattiva e di quanti stanno con noi; vogliamo che nessun dolore, che nessuna sofferenza sieno rincruditi dal pensiero che son trascurati od abbandonati a causa della guerra;

Promettiamo di far risplendere, ovunque, nelle città, nei borghi, nelle campagne, nelle officine, alla fronte, nelle retrovie, negli ospedali, in ogni convegno, in ogni incontro, la nobiltà dei sacrifici del nostro soldato per la Patria, per la giustizia, per la libertà dei popoli, e proclamiamo il suo diritto all'immancabile gratitudine nazionale;

Promettiamo di ripudiare e far ripudiare, ora e sempre, senza rendercene complici con delittuose attenuanti, reticenze, licenze od ospitalizzazioni, i pusillanimi di ogni grado, larvati o palesi, i simulatori e quanti altri, con la chiacchiera colposa, tradiscono la causa sacra della Madre e dell'Umanità, e si rendono, per sempre, indegni della Patria immortale e della vita civile.

Unione dei medici per la Resistenza nazionale
(Milano, via G. Verdi, 9).

L'Associazione Nazionale dei Medici Condotti.

La Presidenza Centrale dell'Associazione ha indirizzato al Presidente del Consiglio dei Ministri il seguente telegramma:

«Associazione Nazionale Medici Condotti concorde ansietà propositi Paese contro minacciante invasione straniero, mette disposizione del Governo opera sua ove occorra per fonteggiare eccezionali esigenze del momentto».

L'Ordine dei medici di Udine.

L'Ordine dei medici della provincia di Roma comunica che a Bologna, presso la sede della Federazione degli Ordini, in piazza Galvani, 1, si è ricostituito l'Ordine dei medici della provincia di Udine il quale invita i colleghi che vi sono ascritti a segnalare il loro attuale domicilio. L'Ordine stesso per accordi presi con la Prefettura di Udine, pure trasferita a Bologna, si occupa degli interessi dei colleghi e delle modalità per la continuazione dei pagamenti degli stipendi a coloro che vi hanno diritto.

Associazione fra i medici-chirurgi liberi esercenti nella provincia di Roma. — Il Consiglio Direttivo dell'Associazione, composto dai dott. Alessandrini G., Calò A., Cochetti L., Fraschetti V., Gennari E., Lanzi G., Lazzè T., Montesano G., Olivieri F., Palomba G., in una elevatissima lettera ai colleghi, li incita a non limitarsi, nell'ora che volge, all'opera professionale, ma di portare nella società la nota del dovere d'incutere spirito di tolleranza, tenace proposito di resistenza, massima disciplina e concordia.

L'Ordine dei medici della Provincia di Genova ha raccolto la somma di lire **2725** per i profughi friulani.

Per gli autoveicoli dei sanitari. — Il Direttore generale della Sanità pubblica, officiato in proposito dall'onorevole Brunelli, ha risposto che il Ministero delle Armi e munizioni, aderendo alle premure rivoltegli da quello dell'Interno, ha informato di avere autorizzato i prefetti a rilasciare permessi provvisori di circolazione fino a tutto il 31 ottobre u. s. degli autoveicoli a tutti coloro, e quindi anche ai medici e veterinari condotti, che dimostrassero l'assoluta necessità di usarne. Per i permessi che potranno essere chiesti oltre la suindicata data, il Ministero predetto si riserva di esaminare l'opportunità di rilasciarli, caso per caso, e sempre quando i prefetti saranno in grado di dimostrare l'assoluta necessità della concessione, e ciò perchè sussistendo tuttavia gravissime difficoltà nell'assegnazione della benzina, qualsiasi provvedimento d'indole generale resterebbe, per necessità di cose, privo di effetti.

ATTI PARLAMENTARI.

Per l'ospedale italiano di Parigi.

Ad una interrogazione dell'on. Colonna di Cesarò, l'on. Borsarelli, sottosegretario agli Esteri, ha risposto che allo scoppio della guerra europea benemeriti cittadini italiani residenti a Parigi organizzarono un ospedale per i feriti francesi in una casa di salute, con carattere esclusivamente privato. Dopo la nostra entrata in guerra parve opportuno, ad esempio di altre Nazioni, di fondare un ospedale col concorso del Governo. Per questo ospedale il Governo francese mise a disposizione un palazzo requisito perchè appartenente ad un suddito austro-ungarico. Non si ebbe richiesta di pagamento di affitto da parte del Governo francese, appunto perchè nessun affitto il Governo stesso paga per l'uso dell'immobile. Per ciò che concerne le spese relative ai servizi sono totalmente coperte dal contributo di L. 10,000 mensili colle quali il R. Governo provvede al mantenimento dell'ospedale. Osserva infine che anche da una recente relazione redatta dal prof. Postempski risulta che l'ospedale italiano per i feriti francesi, dichiarato

di prima categoria dal Governo francese, non ha nulla nel suo funzionamento che non si addica alla dignità del nostro nome.

Per una indennità ai Direttori di Ospedali militari di riserva.

All'on. Valenzani, il ministro della Guerra ha dato la seguente risposta in proposito:

« Le vigenti disposizioni stabiliscono già un'indennità di carica per gli ufficiali Superiori medici Direttori di Sanità o Direttori di Ospedali militari principali, in relazione alla importanza delle loro attribuzioni, e ciò costituisce una giusta distinzione per gli ufficiali medici preposti ai servizi sanitari più importanti.

Non sarebbe però possibile estendere la indennità anche ai Direttori degli altri Ospedali di riserva, inquantochè la entità delle loro incombenze non sono paragonabili a quelle dei primi.

Sono quindi spiacente di non poter assecondare il desiderio dell'onorevole interrogante ».

Esonero di titolari e d'interini delle condotte mediche.

Ad una interrogazione dell'on. Dore il gen. Giardino, ex ministro della Guerra, ha così risposto:

« Nella concessione di esoneri ai titolari delle condotte mediche ritenuti indispensabili ed insostituibili nei servizi civili, questo Ministero ha sempre tenuto conto delle deliberazioni emesse nei singoli casi dalle competenti Commissioni provinciali, alle quali spetta accertare se il medico esonerando fosse, anteriormente alla chiamata alle armi, in servizio della pubblica amministrazione.

« Se talvolta le Commissioni provinciali hanno proposto per l'esonero medici condotti interini anzichè i titolari, ciò può essere dipeso dal fatto che questi ultimi o appartenevano a classi giovani (decreto luogotenenziale 12 novembre 1916, n. 1529), oppure non si trovavano nelle condizioni tassativamente richieste dal decreto luogotenenziale 21 aprile 1916, n. 469, per potere essere esonerati (inabilità permanente alle fatiche di guerra).

« Peraltro l'esperienza ha dimostrato che l'applicazione del decreto 27 aprile succitato, pur accostandosi notevolmente alle molteplici necessità dell'assistenza sanitaria civile, ha lasciato a sua volta molte lacune a manchevolezze, alle quali però si sta ora provvedendo con lo studio di apposito nuovo decreto d'accordo col Ministero dell'interno. Il nuovo decreto, informandosi a stretti criteri di equità, mira per l'appunto a disciplinare in modo generale ed uniforme la delicata materia delle dispense ed esoneri per tutti i medici aventi obblighi militari, eliminando, fra gli altri, anche lo inconveniente lamentato dall'onorevole interrogante ».

Foraggi per la cavalcatura dei sanitari comunali.

Ad una interrogazione dell'on. Caccialanza l'onorevole Bonicelli per il Ministero dell'interno, d'intesa col Ministero della guerra e col Commissariato per gli approvvigionamenti ed i consumi, ha dato risposta evasiva, sia perchè, per tassativa disposizione di legge le requisizioni da parte delle Commissioni di incetta, sono fatte esclusivamente per sopperire ai bisogni dell'Esercito, sia perchè è a ritenersi che i sanitari condotti non incontreranno difficoltà a procurarsi il fieno occorrente alle loro cavalcature, tenuto conto dell'abbondante raccolto di quest'anno e del fatto che appena un decimo dell'intero prodotto è stato incettato dalle Commissioni.

Il Commissario dei consumi ha alla sua volta confermato che non esiste divieto di commercio del fieno: con che verrebbe meno la premessa, che ha mossa la interrogazione.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7048) *Cassa di previdenza - Riscatto di anni di servizio.* — Dott. A. M. da O. — L'art. 36 del vigente testo unico delle leggi sulle pensioni dichiara che i medici condotti od altri sanitarii, che avendone la facoltà, aderirono alla Cassa di previdenza anteriormente alla promulgazione della legge 2 dicembre 1909, n. 744, hanno diritto al riconoscimento dei servizi prestati anteriormente al 1° gennaio 1899 per un periodo non superiore ai 15 anni. Sembra, quindi, che Ella avendo aderito alla Cassa sino dalla sua istituzione abbia diritto al riconoscimento dei tre anni di assistentato, indipendentemente dal mancato pagamento dei contributi da parte dell'ente e della inesistenza di uno speciale regolamento per le pensioni.

(7049) *Oneri del medico condotto a riguardo la cura medica dei prigionieri di guerra.* — Dottor A. M. da S. R. — Le autorità militari danno le disposizioni necessarie per la cura dei prigionieri di guerra, che va ordinariamente eseguita a mezzo di medici appartenenti al R. Esercito. Qualora la predetta autorità dovesse chiedere la di Lei opera, sarà il caso di stabilire le relative condizioni e modalità.

(7050) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. B. da N. — Il medico condotto che in tale qualità percepisce la indennità caro-viveri non può pretendere altra corrisponsione di indennità per la carica di ufficiale sanitario che contemporaneamente riveste. Allo effetto di tale indennità si cumula lo stipendio di medico condotto con l'altro di ufficiale sanitario, non potendosi per l'unicità dell'ente obbligato a pagarla, dividere l'indennità proporzionatamente ai singoli assegni, come prescrive l'articolo 1° del D. L. del 26 luglio p. p., n. 1181.

(7051) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. L. da C. — Se durante l'anno di aspettativa, di cui Ella attualmente fruisce, riceve lo stipendio dalla amministrazione municipale, ha diritto alla indennità caro-viveri, giacchè questa è un appendice di quello e cessa col cessare della percezione dello stipendio stesso.

(7052) *Indennità caro-viveri.* — Dott. N. I. da M. — Nel cumulo degli assegni per l'applicazione della indennità caro-viveri non va compresa l'indennità cavalcatura, perchè questa non costituisce stipendio ma bensì rimborso *à forfait* delle spese che si sostengono per mettere il sanitario in grado di compiere le sue funzioni. Ella, quindi, ha diritto alla indennità mensile di lire 30. Qualora il Comune non aderisse, Ella può ricorrere anche alla

Autorità giudiziaria ordinaria, non senza aver prima tentato la via amministrativa ricorrendo alla G. P. A. **Doctor Justitia.**

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 7001:
Effettivamente le spetta la promozione.
Occorre però, non che ella ne faccia domanda, ma che la superiore autorità, dalla quale dipende, compili il quadro-proposta di avanzamento e lo inoltri al Ministero.
All'abb. n. 7444:
Il decreto luogotenenziale che stabiliva la sua promozione porta la data del 20 novembre 1916 e non è applicabile con effetto retroattivo.
All'abb. n. 4608:
L'idoneità ai servizi sedentarii viene stabilita *per i militari di truppa* in seguito ad osservazione negli ospedali militari.
La situazione dei medici, che vengono visitati a Firenze per essere nominati ufficiali non comporta quindi possibilità di assegnazione ai servizi sedentarii.
All'abb. n. 2050:
La circolare n. 455 in data 31 gennaio che aveva per oggetto la possibilità per parte dei medici che hanno compiuto il 37° di età e trovansi da più di un anno in zona di guerra di optare per essere comandati a servizi civili *eventualmente* resisi vacanti, non è stata pubblicata sul *Giornale militare;* essa non deve essere confusa con quella che stabilisce l'*avvicendamento* per i medici che hanno compiuto 40 anni di età, e trovansi da oltre un anno in zona di guerra.
All'abb. n. 4792:
Durante l'indisponibilità non hanno luogo promozioni. Se gli verrà tolto l'esonero il collega avrà certamente il grado che gli compete (capitano) pei suoi titoli e la sua anzianità.
In caso di richiamo il collega può benissimo far domanda di prestar servizio in prima linea alla Direzione di sanità mobilitata, alla quale sarà assegnato.
Circa quanto scrive per il richiamo degli esonerati, si osserva che come l'esonero non è stato concesso a domanda dell'interessato, ma per designazione dell'autorità prefettizia competente, così anche la revoca di esso deve essere lasciata allo stesso criterio dell'autorità responsabile dei servizii sanitarii civili.
All'abb. n. 763:
L'esonero non ha tolto al collega il grado di ufficiale del quale era stato precedentemente investito. È logico quindi che, se non ha prestato giuramento, debba prestarlo.
Circa il grado che gli spetta, non essendo idoneo a servizio incondizionato, non può ottenere quello di capitano.
Al dott. G. R. da P.:
Il vizio di refrazione e la diminuzione di visus dai quali è affetto non sono, dato il loro grado, causa di inabilità al servizio incondizionato.
Al dott. O. M. da P.:
Anche se non idoneo a servizio incondizionato, ma abile ai soli servizii sedentarii ha sempre diritto alla nomina ad ufficiale. **M. G.**

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirurgo lunga pratica, preferenza chirurgica, cerca posto Roma o Castelli. A. A. Via Famagosta 45, int. 4, Roma.

ROMA. *R. Università. Premio Baccelli* (Fondazione dell'Istituto Nazionale medico-farmacologico). — È aperto con le norme seguenti il concorso a un *Premio Baccelli,* consistente in una medaglia d'oro al merito clinico.

1° Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia, appartenenti alla classe dei professori ed assistenti universitari o addetti ai servizi di uno qualsiasi fra gli Ospedali italiani.

2° Le istanze per ammissione al concorso (su carta bollata da L. 1.00) debbono essere presentate, insieme con il certificato comprovante la qualità di cui al precedente articolo, al Rettore di questa Università, non più tardi del giorno 15 dicembre venturo. Alle istanze stesse debbono essere uniti lavori e pubblicazioni nel ramo della clinica medica o della terapia medica.

3° La Commissione composta di cinque membri, fra i quali saranno compresi i professori di Clinica medica, di Patologia medica e di Farmacologia, prenderà in esame i lavori e le pubblicazioni presentati dai candidati e indicherà, possibilmente non più tardi del 1° febbraio 1918, i nomi dei vincitori, riferendo *brevemente,* in apposita relazione, le ragioni che l'hanno indotta all'assegnazione del Premio.

4° Gli atti della Commissione sono sottoposti alla revisione del Consiglio della Facoltà medica e del Consiglio accademico.

FILADELFIA. *Collegio dei Medici, Premio Alvarenga.* — Il Collegio dei Medici di Filadelfia annunzia che la prossima assegnazione del premio istituito dal defunto Señór Alvarenga, per un importo di circa dol. 250, avrà luogo il 14 luglio 1918, purchè il Comitato aggiudicatore trovi che uno dei lavori concorrenti sia meritevole del premio.

I lavori possono concernere qualunque argomento della medicina. Non debbono essere stati pubblicati. Debbono essere dattiloscritti e, se in lingua diversa dall'inglese, accompagnati da una traduzione in inglese. Debbono pervenire non oltre il 1° maggio 1918 alla Segreteria (Francis R. Packard, Secretary, College of Physicians, 19 South 22.d Street, Philadelphia, Pa., S. U. d'A.).

I lavori non porteranno il nome dell'A., ma saranno contrassegnati da un motto e accompagnati da una busta chiusa, contenente il nome e l'indirizzo dell'A., la quale recherà esternamente il motto del lavoro.

Il lavoro premiato (od una copia di esso) rimarrà in possesso del Collegio; gli altri lavori verranno restituiti; a richiesta, infra tre mesi dal giudizio.

Il premio Alvarenga per il 1917 fu conferito al dott. Wilburt G. Davison di Baltimora per il suo studio: « Superiorità delle inoculazioni con vaccino misto triplo (B. typhosus, B. paratyphosus A e B. paratyphosus B) nelle inoculazioni successive con vaccini singoli, dimostrata dalle curve d'agglutinazione nell'uomo e nel coniglio.

NOTIZIE DIVERSE

I medici militari effettivi caduti in guerra.

Ci siamo procurati l'elenco degli ufficiali medici effettivi del R. Esercito caduti in guerra dal principio delle ostilità a tutto il 25 ottobre u. s.

Da esso emerge una verità la quale era stata offuscata da un'insulsa leggenda chè fu non poco perniciosa al morale del Corpo sanitario, ma che dovrà ormai essere snebbiata, insieme a tante altre, opera deleteria dei sabotatori della nostra guerra.

I medici militari effettivi non sono rimasti nelle retrovie e negli uffici più di quanto le necessità del servizio lo imponessero, ma in massima doverosamente impiegati nei servizi avanzati, ai quali la loro qualità giustamente li designava.

Ivi essi hanno pagato largamente di persona; difatti la percentuale dei caduti supera il tasso del 2.0 %, molto elevato anche astraendo dalla circostanza che si tratta di un corpo così detto non combattente.

Facciamo seguire l'elenco, avvertendo che senza dubbio è ancora incompleto.

Morti per ferite riportate in combattimento: 1. Ape Nicola, capitano; 2. Bianco Umberto, capitano; 3. Camusso Adolfo, tenente; 4. Capelli Pietro, capitano; 5. Colletti Renato, tenente; 6. Gregorini Remo, capitano; 7. Gregorio Giovanni, tenente; 8. Malabarba Pietro, capitano; 9. Passarelli Giuseppe, tenente; 10. Pittaluga Francesco, tenente; 11. Scolari Mario Federico, capitano; 12. Tacchini Tullio, capitano; 13. Vannelli Enrico, capitano; 14. Zite Archita, tenente.

Dispersi in combattimento, epperò morti sicuramente per ferite: 15. Ravera Guido, tenente; 16. Rizzo Antonino, tenente; 17. Russo Francesco, tenente; 18. Salerno Luigi, tenente.

Morto per scoppio di dinamite: 19. Mignacca Pietro, maggiore.

Travolti da frane: 20. Gallotti Bruno, tenente; 21. Rossi Arturo, capitano.

Morto in seguito a ferite dopo il siluramento del piroscafo sul quale viaggiava per ragioni di servizio: 22. Scalia Rosario, capitano.

Ci ripromettiamo di dare fra breve anche un elenco quasi al completo degli ufficiali medici di complemento caduti per la Patria.

I mezzi di trasporto della C. R. I.

All'inizio delle ostilità la Croce Rossa Italiana aveva mobilitato 6 treni-ospedali; ora ne conta 22. Ognuna di queste unità trasporta 300 feriti o malati su lettuccio-barelle e possiede i più moderni sistemi di riscaldamento, d'illuminazione e di ventilazione, nonchè tutto l'occorrente per la cura e il vitto degli infermi durante i giorni di viaggio.

Quasi contemporaneamente ai treni-ospedali, vennero mobilitate le 2 ambulanze fluviali Litta e Lagunare. Quest'ultima ha reso in Venezia segnalati servizi, mediante le sue tre «peate» (barconi), messe in moto da uno o più motoscafi: esse hanno effettuato il trasporto dei feriti e dei malati dai treni ai vari ospedali della città.

L'Opera Nazionale degli invalidi di guerra.

Nella propria sede in Roma si è riunito, sotto la presidenza dell'on. sen. Durante, il Consiglio di amministrazione dell'Opera nazionale degli invalidi della guerra. Dopo di aver deliberato numerosi provvedimenti di assistetnza nei riguardi di invalidi, il Consiglio si è occupato di questioni d'indole generale, connesse all'azione che l'Opera nazionale dovrà esplicare per attendere, con efficacia di risultati, ai propri fini.

Pei ciechi di guerra.

Un D. L. n. 1734 dispone che l'Amministrazione delle ferrovie dello Stato è autorizzata a concedere, sulle linee ferroviarie e di navigazione da essa esercitate, la tariffa ridotta in uso per gli impiegati civili dello Stato, per i viaggi degli ex-militari che hanno perduto completamente la vista in conseguenza di ferite riportate in guerra e per quelli delle persone che li accompagnano. Non sarà ammessa al godimentto della concessione più di una persona di accompagnamento per ogni cieco.

La concessione è limitata a quattro viaggi di corsa semplice all'anno.

Un premio pei non combattenti danneggiati dalla guerra.

Il Consiglio della Fondazione Carnegie, «considerata la natura della guerra attuale, di difesa dei supremi diritti dell'umanità e della civiltà», ha deliberato di iscrivere nel bilancio dell'Istituzione un primo fondo di L. 100.000, allo scopo di venire in aiuto ai non combattenti danneggiati dalla guerra, in specie se appartenenti ai corpi sanitari e religiosi.

Le domande, corredate dei documenti necessari, verranno sottoposte all'esame del Consiglio della Fondazione Carnegie, sedente in Roma.

I Comitati di assistenza ed i singoli interessati possono avere tutti gli schiarimenti del caso alla sede della Federazione, in Milano, piazza San Sepolcro, 9.

È morto in Francia il prof. MAURICE ROBIN, grande ufficiale della Legion d'Onore, fondatore della casa omonima, chimico di valore, ben noto al mondo medico per i suoi prodotti farmaceutici.

Indice alfabetico per materie.

Aftizzazione endovenose . . . . Pag. 1396
Atti parlamentari. . . . . » 1401
Avvelenamento da sublimato. . . . . » 1399
Chinina nelle urine: ricerca . . . . . » 1400
Dieta ospedaliera senz'alcool . . . . . » 1391
Febbre volinica . . . . » 1381
Fermento latticoproteolitico: resistenza all'essiccamento . . . . » 1393
Intossicazioni da gas asfissianti, causa d'insufficienza cardiaca . . . . . . Pag. 1400
Nicotinismo e suoi rapporti con le neurosi di guerra . . . . » 1398
Sangue occulto: dimostrazione . . . . » 1397
Saturnismo nei bambini . . . . . . » 1399

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, resp.

Anno XXIV. *Roma, 25 novembre 1917* Fasc. 48.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO

Servizi sanitari: V. Montenovesi: Pronto soccorso chirurgico avanzato. — **Lavori originali:** A. Ascarelli: Una nuova forma di autolesione. (Noduli sclerotici sottocutanei da iniezioni di sostanze inassorbibili). — **Apparecchi e strumenti nuovi:** L. G. Gazzotti: Per la cura delle fratture e lussazioni del bacino. — **Conferenze:** G. Jona: Dieta ospedaliera senz'alcool. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** R. Accademia Medica di Roma.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: La morte improvvisa. — TERAPIA: Trattamento delle suppurazioni della pleura. — MEDICINA LEGALE: Sulla obbligatorietà degli atti operativi e della cloroformizzazione nell'esercito. — IGIENE: La riforma della razione alimentare del soldato e l'economia nazionale. — **Cenni bibliografici.** — **Varia:** Bottiglie di carta per il latte.

Nella vita professionale: Un dovere. — **Cronaca del movimento professionale.** — **Atti parlamentari.** — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Condotte e concorsi.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

Agli Abbonati in zona di guerra.

L'interruzione del servizio postale per la zona di guerra ci ha costretti a sospendere l'invio dei fascicoli del POLICLINICO a quegli abbonati che si trovano in detta zona. Essi quindi sono avvertiti che dal N. 45 in avanti i fascicoli sono trattenuti nel nostro ufficio sino a quando non ci avranno fatto pervenire il loro indirizzo preciso.

Tale misura ci è stata consigliata anche dalla necessità di evitare dispersioni di fascicoli che non potremmo in alcun modo rifondere, giacchè l'estrema penuria della carta ci ha obbligato a limitare la tiratura del giornale al numero strettamente necessario.

L'Amministrazione.

SERVIZI SANITARI.

Pronto soccorso chirurgico avanzato.

VINCENZO MONTENOVESI, ten. colonnello medico, consulente chirurgo per la IV Armata.

Questa baracca smontabile destinata al soccorso chirurgico il più avanzato ha gli stessi scopi che si sarebbero voluti dare alle ambulanze chirurgiche che, per quanto abbiano incontrato molte critiche e non abbiano del tutto risposto al loro scopo, pure hanno reso e rendono un grande servigio là dove (bene inteso) è possibile trasportarle.

Si comprende che tanto le une che le altre devono cercare per così dire il nascondiglio dove piazzarsi, nè vale qualsiasi sistema di blindamento per mettersi al sicuro, dati i mezzi di cui l'attuale guerra dispone.

Bisogna profittare dove del versante di una sopraelevazione naturale di terreno, dove di una roccia, dove di una dolina e dove occorra fare anche qualche escavazione e non trascurare quanto può per lo meno dare apparentemente la sicurezza di una protezione.

Questa baracca che io presento ha il vantaggio di costar poco, giacchè credo che col prezzo di una sola ambulanza chirurgica se ne possano costruire almeno venti.

Essa ha il vantaggio di essere composta di tutti elementi di eguale superficie, 1 mq., di avere i ritti del suo scheletro fatti a canale in modo da ottenersi un facile montaggio e smontaggio, più quello di potere a loro dare la disposizione degli ambienti, delle aperture delle porte e delle finestre come meglio aggrada: ma la loro principale qualità è quella di potere disporre di quattro camere di operazioni (e insisto su questo) con le loro dipendenze, un ampio locale centrale per il deposito provvisorio dei feriti in arrivo, ed ognuna di quel-

le di un piccolo cubicolo dove su di un tavolo si fa la pulizia e la preparazione del ferito prima di entrare nelle camere di operazione: più il vantaggio di ottenere una assoluta indipendenza e libertà di chi opera in una, da chi opera nell'altra.

È inutile che io voglia spiegare perchè ho dato un dispositivo esclusivamente operativo a questa baracca: il nome di soccorso chirurgico avanzato parla già abbastanza chiaramente e l'esperienza mi ha dimostrato in un giro che ho fatto nelle diverse Armate e con me lo ha dovuto notare chiunque abbia osservato come me, che il 1° soccorso specialmente di carattere operativo viene spesso ritardato per la deficienza di personale, di ambienti e qualche volta di mezzi.

Con il dispositivo dato a queste baracche vengono eliminate le ultime deficienze; in quanto al personale scelto per capacità e numero provvederanno le Direzioni di Sanità.

È inutile aggiungere che esse sono provviste di apparecchi per il riscaldamento e per la illuminazione, di autoclavi per la sterilizzazione a vapore e a secco, della medicatura, nonchè di ricco strumentario: più di un impianto speciale Ferrero-Cavallerleone azionato da dinamo per servire nella maggioranza dei casi, mentre altre ambulanze di maggiore potenza potranno prestare, quando richieste, l'opera loro.

Senza entrare in maggiori dettagli dirò che esse possono in poche ore essere smontate e rimontate là dove trovasi necessario trasportarle.

Accanto ad esse sono 2 o 3 tende tipo Roma per trattenere quei feriti o quegli operati che non sono trasportabili neppure al più vicino ospedaletto.

22 ottobre 1917.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI ROMA.
REPARTO S. ANTONIO.

Una nuova forma di autolesione.

(Noduli sclerotici sottocutanei da iniezioni di sostanze inassorbibili).

Prof. ASCARELLI ATTILIO, direttore.

Tra le numerose forme di autolesione che in questi due anni ho avuto occasione di esaminare, una nuova forma si è resa in questi ultimi tempi particolarmente frequente, sulla quale mi sembra opportuno richiamare l'attenzione dei colleghi.

Di questa sindrome, che si differenzia nettamente non solo da tutte le altre autolesioni sin qui descritte, ma anche da qualsiasi morbo clinico conosciuto, non mi è stato dato riscontrarne descrizione alcuna, nella letteratura da me consultata, medica, medico-militare e infortunistica, per quanto non si possa affermare che la ricerca sia stata completa ed esauriente, date le grandi difficoltà che si incontrano in questi momenti nelle ricerche bibliografiche.

Un accenno, anche sufficientemente preciso è stato pubblicato, in una nota ad una diffusa memoria del dottor Giorgio Benassi sulle malattie vere e malattie simulate in rapporto al servizio militare, comparsa ultimamente sui *Quaderni di Medicina Legale* (N. 4, 5, 6, 1917).

Esame della regione lesa. — La lesione si presenta circoscritta ad una data regione e più frequentemente al ginocchio, alla regione tibiotarsica, radiocarpica, come forma morbosa periarticolare. Non mancano però osservazioni di tale autolesione anche sugli arti (avambraccio, gamba) e meno frequentemente ancora in altre parti del corpo.

Esaminando la regione accusata lesa, si osserva all'ispezione un aumento di volume più o meno uniforme, talora anche bernoccoluto, un lieve arrossamento a chiazze, le quali chiazze possono assumere tinta subcianotica, e un lieve aumento di calore al termotatto. Alla palpazione si precisa come l'aumento di volume sia esclusivamente a carico dei tessuti molli cutanei e sottocutanei e sia costituito da grossi noduli di grandezza variabile da una noce ad una mela, di forma circolare, o allungata, o irregolare, di consistenza duro-elastica, che circondano a tralcio la regione.

Questi nodi, sono spostabili *in toto* sui piani sottostanti, aderenti quasi sempre alla cute soprastante per partecipazione al processo della pelle con lievi segni di flogosi. Talora la tume-

fazione assume come una forma di placca duro-elastica sottocutanea, come se un pezzo di gomma molto resistente e dura fosse stata immessa tra aponevrosi e cute.

I noduli non cambiano di forma o di consistenza, nè sotto l'influenza del caldo (impacchi) nè con massaggi. Talora, oltre questi nodi sclerotici più o meno avvicinati l'uno all'altro, tutta la cute della regione acquista un aumento di consistenza e di spessore, e sembra partecipare al processo. Però, in tali casi, si tratta di due affezioni ben distinte, l'una caratterizzata dai nodi suddescritti, l'altra dall'ispessimento della pelle e dei tessuti sottocutanei e da quei caratteri che contrassegnano l'edema duro autocontuso.

Le articolazioni, intorno alle quali si svolgono questi processi autolesivi, sono completamente, e sempre, integre.

Caratteri funzionali. — Le tumefazioni nodulari sono spesso accusate dolorose, ma, meno che sul primissimo stadio di evoluzione, il dolore può escludersi nel modo più assoluto. Non riuscii mai cioè ad obbiettivare questo elemento dolore, pur ricorrendo a tutte le indagini cliniche e medico-legali del caso (segno di Mannkopf, aumento di pressione, dilatazione arteriosa, esame della soglia della sensibilità elettrica sulle tumefazioni nodulari, ecc.). E che il dolore non esista, lo si è potuto accertare non solo con le prove obbiettive, ma anche da affermazioni e confessioni di alcuni soggetti.

L'esame della sensibilità, sia tattile che dolorifica, saggiata con diversi stimoli (punture elettro-faradimetro) non dà a vedere alcuna deviazione della norma.

I movimenti passivi delle articolazioni e degli arti sui quali hanno sede queste tumefazioni nodurali sono sempre completi e possibili, sebbene alcune volte i soggetti oppongano resistenza più o meno valida. I movimenti attivi, sono anche possibili, ma molto spesso tali autolesionisti dicono di non poterli compiere affatto, o li compiono lentamente e incompletamente. I riflessi non si mostrano alterati. L'esame elettro-diagnostico non mostra mai alterazioni nè qualitative nè quantitative all'eccitabilità faradica o galvanica. E così negativa riesce anche l'indagine radiologica.

Questi caratteri anatomici e funzionali non sono costanti, essi corrispondono allo stato medio di evoluzione del processo, stato nel quale, nella grande maggioranza dei casi, il soggetto si presenta all'osservazione ospitaliera.

Evoluzione e decorso. — Nei primi giorni del procurato morbo, prevalgono i sintomi di lieve flogosi della cute, è cioè più appariscente la partecipazione della pelle, al processo flogistico sottocutaneo. La cute è più rossa, più calda, e talora la palpazione riesce alquanto dolorosa. Il tumore ha una consistenza meno dura, ed è meno nettamente limitato dai tessuti vicini, ma non si percepisce mai nemmeno il più lontano accenno ad una mollezza e tanto meno ad una fluttuazione. Dopo alcuni giorni, in media dopo 7-8 giorni, questi noduli acquistano i caratteri descritti, nei quali si mantengono per molto tempo. Coll'evolversi del processo si attenuano sempre più, i fatti a carico della cute, e dopo un periodo piuttosto lungo, questi noduli appaiono a carico quasi esclusivamente del sottocutaneo, tanto che la cute al di sopra di essi acquista anche una certa mobilità e spostabilità, la loro consistenza diviene sempre più dura e sclerotica: il loro volume però si riduce di ben poco. Trascorso ancora del tempo, spesso la pelle, prende una pigmentazione bruna. L'evoluzione di questi noduli, può in parte rassomigliarsi a quella di iniezioni intradermiche di sali mercuriali (specie calomelano) che si avviano alla suppurazione e poi sclerotizzano, lasciando delle nodosità più o meno voluminose e dure.

Giunte a questo limite di evoluzione, questi noduli permangono per un tempo indeterminato sempre allo stesso punto, alcuni malati tenuti in osservazione anche alcuni mesi, non hanno mostrato nessun cambiamento della loro forma morbosa, nè anatomica, nè funzionale.

Esame generale dell'individuo. — I militari, in ottime condizioni di salute, si presentano talora zoppicanti o con un qualsiasi viziato atteggiamento dell'andatura, o con un braccio al collo allegando impossibilità al servizio per la loro malattia.

Esaminati dal punto di vista generale, in essi nulla si rivela di morboso a carico di qualsiasi organo o tessuto, che possa anche lontanamente aver rapporto colla affezione descritta. Dirò anzi, che sono nell'enorme maggioranza dei casi, dei soldati i quali non mostrano (a parte la loro speciale affezione) nessuna causa d'inabilità al servizio.

In rapporto con la lesione, e solo nei primissimi giorni, si può (ed anche ben di rado) riscontrare qualche linea di febbre (37.2-37.3) ma non accompagnata dai soliti disturbi febbrili generali.

Nemmeno nulla si rileva, dal punto di vista antropo-psicologico, che desti particolare attenzione.

Mezzo di produzione. — Da ricerche eseguite, e da confessioni avute, si può affermare che questi noduli, sono prodotti mediante iniezione unica e multipla di olii minerali, e specialmente di olio di vasellina.

Il soggetto si inietta o si fa iniettare profondamente; circa 2 cmc. di olio di vasellina. L'iniezione di tale sostanza, poco o nulla assorbibile, determina una limitata reazione flogistica dei tessuti, quasi mai settica, che produce in essi un indurimento ed un sclerosi permanente. Ogni iniezione produce un nodo di sclerosi.

Parrebbe contrastare a questo mezzo di produzione, la mancata constatazione del tramite di ingresso dell'ago. Ma si pensi che, come è stato accennato, l'iniezione non produce grande reazione flogistica, sicchè la traccia della puntura presto scompare; ed inoltre il soggetto non si presenta alla visita subito dopo praticata la manovra fraudolenta, ma qualche giorno dopo, e ciò ancor più contribuisce a far scomparire il segno dell'agopuntura. Anche nei flemmoni chimici infatti, questo segno dopo alcuni giorni, di rado è riconoscibile.

Anamnesi. — I soggetti adducono a causa della loro allegata infermità un pregresso trauma (frattura, distorsione, contusione) e meno frequentemente una malattia di carattere reumatico. Se si fanno delle accurate ricerche anamnestiche e si assumono esatte informazioni sui precedenti del soggetto, quasi sempre si accerta la reale esistenza del pregresso trauma o del pregresso reumatismo. Ma, come ben facilmente s'intende, il trauma non è che il pretesto: sulla regione traumatizzata è poi innestata l'autolesione, onde facilmente trarre in inganno l'osservatore, colla documentazione della reale esistenza della causa allegata. Si ha del resto qui, quanto si osserva in quasi tutte le forme di autolesione e che costituisce quasi una legge da me messa in evidenza già in una precedente memoria (1). Ogni forma autolesiva, prende origini, per la sede, su un fattore morboso preesistente e completamente guarito.

Diagnosi. — Questi autolesionisti, vengono inviati agli ospedali, con le più svariate diagnosi di diverse manovre fraudolenti (autocontusioni, cellulo-dermiti, autoedema da costrizione) o di malattie reali da tenersi sotto assidua sorveglianza per la lunghezza del decorso e l'inefficacia delle più diverse cure (artrosinoviti, esiti di fattura, reumatismi articolari, ecc.), seguendo nell'empirico concetto diagnostico, il racconto fatto dal militare. Tali diverse diagnosi, nascondono l'incertezza del sanitario, davanti ad un complesso di dati, non riferibili a nessuna forma morbosa conosciuta.

Ad accertare la diagnosi, valgono, oltre l'apprezzamento dei sintomi ricordati, alcune ricerche di laboratorio chimiche e microscopiche, e i risultati della biopsia.

(1) *Le autolesioni nella vita militare.* Policlinico, sezione pratica, fasc. 23, 1917.

Incidendo uno di questi noduli non si trova che un lieve ispessimento e una certa pastosità di tessuti, e ciò che li differenzia dal normale non è che un notevole aumento del contenuto sanguigno. Prelevando però questo sangue e lasciandolo coagulare all'aria, si osserva talora, che alla superficie del coagulo, si depositano come delle goccioline di grasso. Se però macroscopicamente questo reperto è raro, esso è invece costante o quasi, all'esame microscopico. Una goccia del sangue estratto anche con puntura esplorativa, esaminata al microscopio a medio ingrandimento mette in rilievo non solo un notevolissimo aumento di leucociti specialmente polinucleati, ma anche la presenza di goccioline, piccole, rotonde, splendenti che hanno l'aspetto di goccioline oleose.

A conferma vale poi l'esame chimico, orientato alla ricerca di tutti i prodotti di distillazione del petrolio, tra i quali è compreso l'olio di vasellina.

Si prepara un estratto cloroformico del liquido da esaminare ed in questo si ricercano con le note reazioni i derivati del petrolio (colorazione gialla col bromo, rosso violetta collo jodio, nessuna saponificazione nè a caldo nè a freddo con gli idrati alcalini). Si può anche utilmente avvalersi della reazione cromatica data da una soluzione satura di acido picrico *commerciale* nel benzolo, che in presenza di olio di vasellina si colora in rosso più o meno intenso a seconda della quantità delle sostanze chimiche. Il reattivo picrico e l'estratto cloroformico da esaminare vanno usati a parti uguali. Questa reazione corrisponde molto bene, ed essa è stata utilmente applicata alle diagnosi chimiche delle autolesioni da iniezioni di oli minerali dal dott. B. Caro dell'ospedale di S. Antonio.

Diagnosi differenziale. — L'assenza di ogni sintomo di carattere generale, i sintomi caratteristici descritti e ben nettamente localizzati, il loro decorso, rendono la forma autolesiva così tipica, che non è possibile confonderla con nessun altra.

Talora essa si complica con la cellulo-dermite, ed in questo caso e solo in questo caso, possono i tumori sclerotici esser confusi e passare inosservati, nascosti sotto la cute ovunque uniformemente infiltrata, ispessita, non sollevabile in pliche. Ma un'accurata osservazione farà riconoscere nella zona di cellulo-dermite, punti più duri, globosi, spostabili, che si approfondono nel sottocutaneo, che alterano un pochino l'uniformità della regione, e così la contemporanea esistenza delle due autolesioni verrà messa in chiaro senza troppa difficoltà.

Nel solo edema duro autocontusivo, vi sono segni che qui mancano, così dicasi delle fre-

quenti ecchimosi puntiformi o a chiazze, delle distrofie dei peli e della cute, dei disturbi di sensibilità cutanea, e di motilità, ecc.

Così è facile la diagnosi differenziale con l'edema autocostrittivo, nel quale le alterazioni della cute sono segmentarie, e uniformi per tutto il segmento d'arto compreso al di sotto del punto costretto dal laccio, e nel quale predominano inoltre disturbi sensitivi, motori, distrofici.

Le borsiti, gli esiti di distorsioni o di contusioni o di fratture, non si presentano mai con i sintomi descritti, e sarebbe superfluo qui tracciarne i caratteri differenziali; e così dicasi anche di alcune malattie mediche (fibromatosi, adiposi dolorosa, eritema nodoso, ecc.), le quali possono presentarsi alla mente del sanitario, ma subito vengono escluse da un'osservazione anche superficiale.

Prognosi. — L'affezione, non dà alcun impedimento nè porta alcuna alterazione generale. Quindi il soggetto deve dal punto di vista militare esser dichiarato idoneo ad incondizionato servizio.

Per la guarigione, o meglio per la *restitutio ad integrum* della regione lesa, poichè non può parlarsi di guarigione di una lesione che di per sè non costituisce malattia, la prognosi invece è riservata, non potendo invero determinarsi il tempo nel quale questi noduli, che ho visto persistere per vari mesi, potranno riassorbirsi.

Bisogna tener conto di ciò, e allorchè si rinvia il militare al corpo con dichiarazione d'idoneità, far presente ai comandi questa persistenza dell'alterazione anatomica, onde il soldato sia impedito, ad ogni occasione propizia che gli si presenti, far valere la sua pseudo-malattia per sottrarsi al servizio.

Frequenza. — Questa forma speciale di autolesione, ho cominciato ad osservarla, solo da alcuni mesi come esempi sporadici; in questi ultimi tempi, è poi divenuta frequentissima ed ho avuto così agio di studiarne diecine e diecine di casi, ogni caso è preciso all'altro, l'autolesione si presenta con monotona uniformità.

Per quanto questa speciale autolesione non determini inabilità al servizio, per quanto essa sia quasi innocua per il soggetto, pure è di grande importanza medico-legale, potendo, per chi l'ignora, costituire un reperto obbiettivo base, per giustificare i menzogneri racconti dei militari, le loro false sofferenze. Taluni soldati, autolesi con tali manovre fraudolente, sono persino riusciti ad esser proposti a riforma!

Ed è appunto per questa grande importanza medico-legale e sociale, che mi sono indotto a portare a conoscenza dei colleghi, la forma di autolesione descritta che chiamerei « *Noduli sclerotici sottocutanei da iniezioni di sostanze non assorbibili* ».

Ottobre, 1917.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

R. CLINICA TRAUMATOLOGICO-ORTOPEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. RICCARDO DALLA VEDOVA.

Per la cura delle fratture e lussazioni del bacino.

Dott. L. G. GAZZOTTI, aiuto.

Fu in seguito al cataclisma che colpì la Marsica nel gennaio del 1915 che furono accolti nella nostra Clinica, contemporaneamente, due infortunati per lesioni del bacino, senza complicanze a carico degli organi intrapelvici.

Fig. 1.

La presenza contemporanea di due lesionati, abbisognevoli di una assistenza tutta speciale in un periodo nel quale, data la grande affluenza di feriti, il personale infermiere riusciva insufficiente ai bisogni, indusse a cercare il modo di associare ad una buona cura delle lesioni

una semplificazione del sistema di assistenza di questi infermi.

I due casi clinici si riferivano:

CASO I. — D... A..., donna di anni 39, di costituzione gracile. L'anamnesi disse che l'inferma restò sepolta per alcune ore sotto le rovine della stazione di Avezzano.

Esame obiettivo. — Ferita lacero-contusa del cuoio capelluto (regione parietale sinistra) senza lesioni del tavolato esterno della scatola cranica. Ferite multiple lacero-contuse della regione olecranica destra, interessanti i soli segumenti.

Ferita lacera della mucosa del grande labbro sinistro, che era disteso da notevole ematoma. Le ossa iliache erano mobili e la loro compressione bimanuale produceva vivo dolore. Erano pure dolenti alla pressione le branche ischio-pubiche e la regione sacrale.

Il piede destro (regione tarso-metatarsea) ecchimotico e dolente alla paplpazione specie nella regione plantare. Nulla a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio, e dei visceri addominali.

Sensorio integro. Sensibilità tattile e dolorifica non modificate. Motilità degli arti superiori integra; quelli inferiori erano immobilizzati per la lesione del bacino. L'urina estratta col sondaggio era priva di sangue. La funzione rettale si compiva normalmente.

La radiografia dimostrò: frattura doppia di Malgheigne; frattura I cuneiforme e dello scapoide di destra con strappamento dell'inserzione del lungo peroneo. Lussazione plantare del II cuneiforme e diastasi dei metatarsi esterni rispetto al primo.

CASO II. — I... R..., uomo di 40 anni, di forte costituzione. L'anamnesi disse che il paziente restò preso pel bacino, in senso antero-posteriore, fra le macerie di una casa crollata.

Esame obiettivo. — L'esame degli organi toracici e addominali non fece rilevare alterazioni degne di nota. (Polso ritmico 80).

All'esame esterno si notò: ecchimosi soprapubica estesa prevalentemente a destra. La palpazione in questa regione era dolorosa. La compressione bimanuale degli ilei, che non erano sensibilmente sportabili, non arrecava nessun dolore.

Sensibilità tattile e dolorifica non modificate.

La radiografia dimostrò lussazione della sinfisi pubica e diastasi delle sincondrosi sacroiliache.

Gli apparecchi che furono ideati dalla Scuola per questi due tipi di lesioni traggono la loro origine dalla amaca di Rauchfuss. Ad essa però furono apportate parecchie modificazioni ed aggiunte sopratutto intese a semplificare e rendere meno dolorose le manovre necessarie per la assistenza. Ed è specialmente per questo che credo utile che tali apparecchi sieno resi noti colla descrizione e colle figure.

Fig. 2.

Ecco come si procedette:

L'apparecchio di contenzione e di coattazione della pelvi, in entrambi i casi consisteva in una amaca di tela che esercitava mediante un tiraggio a pesi una pressione uniforme nelle due metà del bacino (fig. 1 e 2) a differenza di quanto si verifica sulla amaca di Rauchfuss che agisce per strettura di cinghie.

L'apparecchio di sospensione invece fu ideato diversamente nella lussazione e nella frattura. Per la lussazione nella quale un aumento anche notevole della pressione sugli ilei non poteva apportare notevoli modificazioni sui

rapporti delle ossa, la sospensione fu direttamente affidata alla stessa amaca che serviva nuto calcolo della eccessiva spostabilità dei frammenti, si procedette nel seguente modo:

Fig. 3

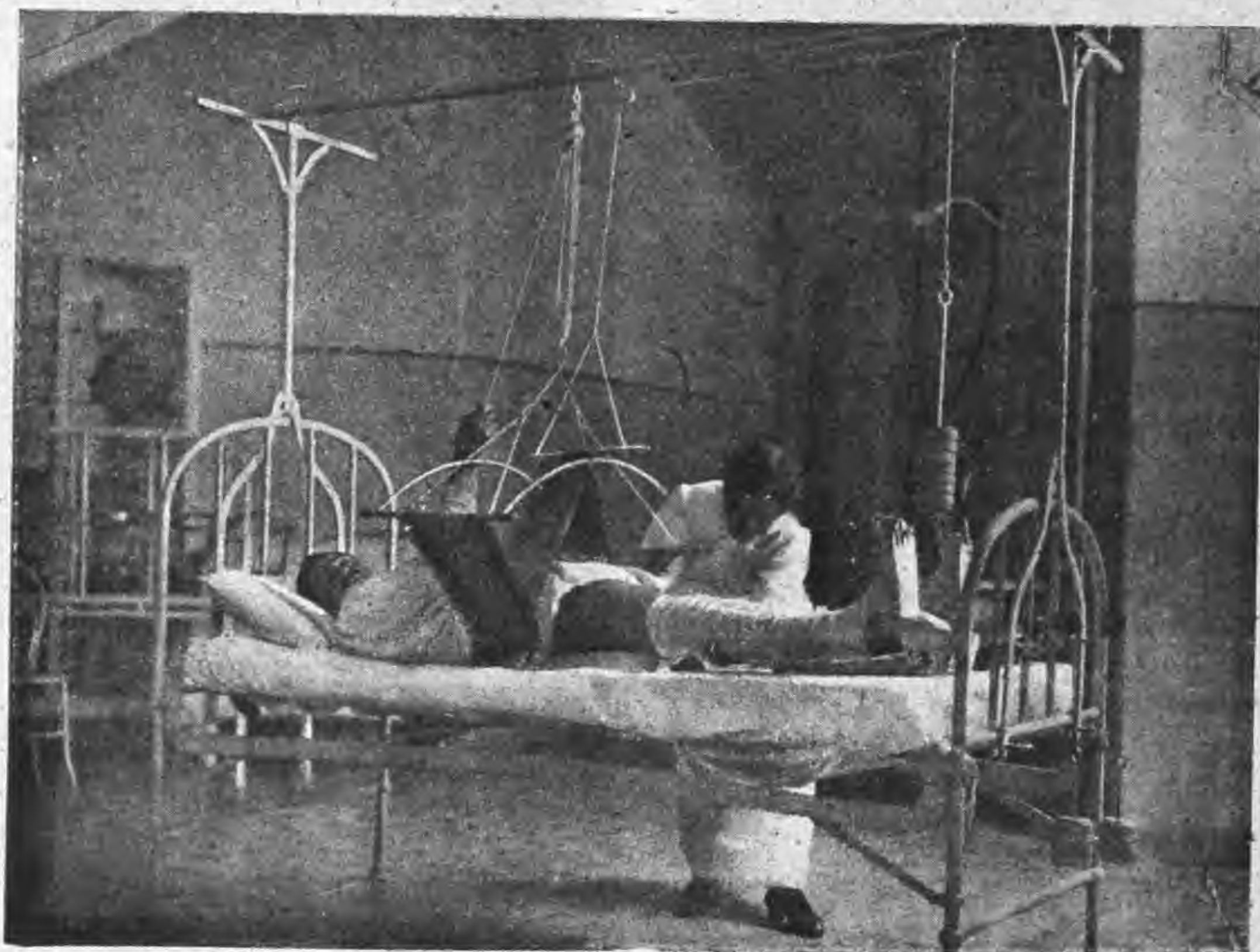



Fig. 4.

per la coattazione delle due metà del bacino (fig. 3). Per la frattura del bacino invece, te- al disotto della amaca di contenzione fu applicata una seconda tela agli estremi della

quale passavano in apposite guaine due sbarre di ferro che ne oltrepassavano i margini per circa cinque centimetri.

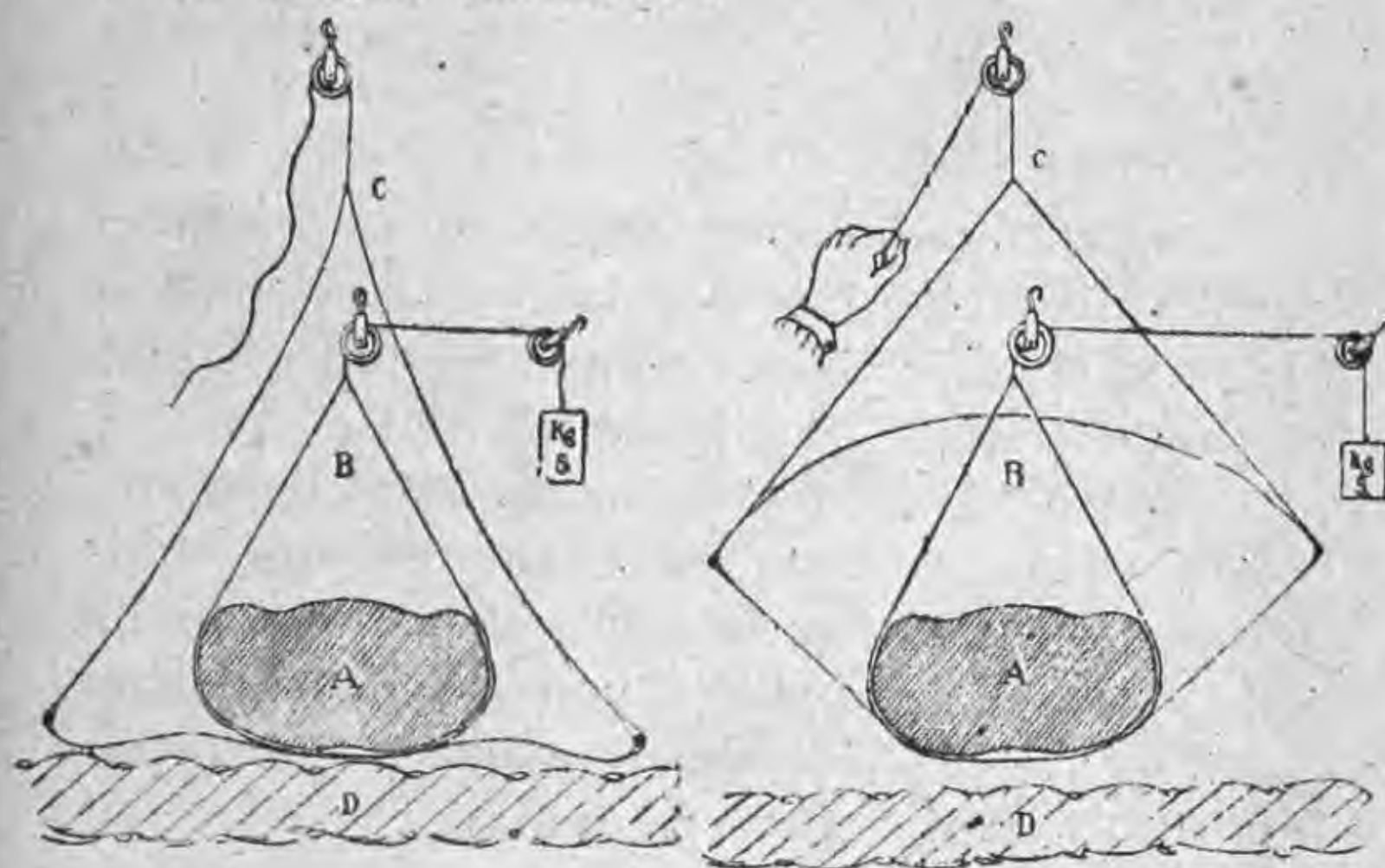



Fig. 5.

Su questi tratti liberi delle sbarre si applicavano, al momento di fare entrare in azione questa seconda tela, due archi in ferro che ne impedivano l'addossamento ai lati del bacino. Era così possibile sollevare con questa seconda tela il sacro dal piano del letto senza esercitare sugli ilei pressione alcuna che non fosse quella data dalla amaca di contenzione (fig. 4). Tanto nell'uno che nell'altro caso l'apparecchio di sospensione, passando per un sistema di carrucole permetteva all'ammalato stesso di sollevare con piccolo sforzo il proprio corpo dal piano del letto rendendo così facile la assistenza ad un solo infermiere.

Un tiraggio a pesi applicato agli arti inferiori completava il sistema per la cura.

*
* *

I vantaggi di un tale procedimento nella cura di simili lesioni risultano chiari da più fatti. In primo luogo la maggior facilità a muovere e ad avere cura del paziente, che da un lato risparmia dolori e dall'altro è garanzia di miglior guarigione assicurando anche da complicazioni moleste quali, sopratutto, i decubiti. Poi la economia notevole di personale di assistenza che, se può essere utile in qualche caso in un istituto chirurgico, lo è sempre nei casi curati a domicilio.

I risultati infine di guarigione ottenuti senza apprezzabili disturbi nella statica e nella deambulazione rendono raccomandabile tale metodo di cura.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE.

Fig. 1-2. — Apparecchi per la lussazione e la frattura del bacino. (L'infermo riposa sul piano del letto).
Fig. 3-4. — Apparecchi per la lussazione e la frattura del bacino. (L'infermo si è sollevato dal piano del letto).
Fig. 5. — Schemi rappresentanti l'apparecchio per la frattura del bacino: 1) avente in azione il solo apparecchio di contenzione della pelvi; 2) nell'atto di sollevare dal piano del letto il paziente.

CONFERENZE.

SCUOLA PRATICA DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL'OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA.

Dieta ospedaliera senz'alcool.

Lezione IIIª del prof. GIUSEPPE JONA, Medico Primario.

LEZIONE III.

SOMMARIO. — *La psicologia degli svezzati dall'alcool: la sottrazione non porta sofferenza; l'alcoolista ne soffre meno di ogni altro. — La spesa del vino nei piccoli bilanci: spesa di vino e spesa della pigione: l'abolizione del vino potrebbe risolvere il problema della casa sana. — Conclusioni pro lotta contro l'alcoolismo: diminuzione delle bettole e lavoro di propaganda.*

Non Vi dispiaccia che dopo aver trattato l'aspetto medico della questione, utilizzi qualche dato anche dal lato sociale.

Per un periodo non breve di tempo, sottoposi ogni malato che usciva, ad un breve questionario che Vi riferisco:

Che mestiere fate?

In quanti siete in famiglia?

Che cosa guadagnate voi, e che cosa guadagnano altri membri di famiglia?

Quanto spendete in vino od alcoolici per voi, e quanto si spende complessivamente in famiglia?

L'alcool fu causa di disordine alcuno nella vostra famiglia?

Quanto spendete nella pigione di casa?

Come vi siete trovato in ospedale senza la razione di vino?

Ho raccolto così più di 500 schede, e lascio a Voi immaginare quante di esse costituiscono degli amari e dolorosi documenti umani. Tuttavia non intendo di attingere ad esse che con grande misura, e colla più stretta fedeltà al tema che sto trattando.

E comincio dall'ultima domanda.

Da 425 malati delle Sale comuni ebbi risposte chiare, così classificabili:

Dichiararono di esser rimasti affatto indifferenti alla sottrazione del vino: 281; hanno avuto una blanda parola di desiderio: 53; dichiararono di essersi trovati meglio senza vino: 80; hanno sentito vivamente la mancanza del vino: 0; dichiararono di essere completamente astemii: 11.

Prescindendo dagli astemii, resta dunque che 361 sopra 414 (e cioè l'87 % dei malati) o restarono indifferenti alla sottrazione del vino, o ne ebbero vantaggio; l'altro 13 % ne sentì

un blando desiderio: nessuno disse di averne sofferto.

Ho pure interrogato insistentemente le Suore della Divisione, che presiedono alla distribuzione del vitto, che passano gran parte della giornata fra i malati, e da esse ebbi costantemente questa risposta: mai ebbero un lagno dai malati per la mancata razione di vino; rarissimi furono quelli che si provarono a chiederla; nessuno mostrò di voler uscire anticipatamente per la mancanza di essa.

Cosa che Vi parrà strana: i bevitori sfrenati sogliono restar volentieri parecchie settimane, talora dei mesi, entro all'ospedale, senza stilla di vino nè di liquori, e proprio essi sogliono avere la parola più incondizionata di indifferenza di fronte al regime di astinenza.

Poche cifre potranno rappresentarvi ancor più concretamente le cose che Vi ho detto.

Nelle sale comuni della mia Divisione, le 425 risposte riguardavano:

Uomini 268, tra cui ebbero una blanda parola di desiderio, 27 cioè il 10,4 %; donne 157, tra cui ebbero una blanda parola di desiderio, 26 cioè il 16,5 %.

Dichiararono di aver avuto vantaggio dalla sottrazione:

Uomini 70, cioè il 26 %; donne 10, cioè il 6,3 %.

Ancor più significanti sono i dati tratti dal Riparto maschile di Custodia; in esso, sopra 27 alcoolisti dichiararono:

Indifferenza 14; desiderio lieve, 0; desiderio intenso, 2; vantaggio, 11; cosicchè in Sala di Custodia il 40,8 % degli alcoolisti dichiarò nettamente di aver avuto vantaggio dalla sottrazione del vino, altro 52 % vi fu indifferente, il residuo esiguo, *per cento*, ne mostrò desiderio.

Altra prova che la sottrazione del vino non ha scontentato gli ammalati si è questa, ch'essa non li ha disaffezionati dalla nostra Divisione, come dimostra la seguente tabella degli ingressi nel quadriennio:

anno	entrati	totale entrati ospedalieri per mal. mediche	%
—	—		—
1912	798	3444	23,1
1913	783	3205	24,4
1914	922	3720	24,9
1915	1050	3877	27,0

E che essa non seminò malcontento tra gli ammalati è pure provato da ciò che altre Divisioni vennero successivamente, alcune limitando, altre abolendo la razione di vino delle diete ordinarie, così che il consumo di esso fu più che dimezzato in questo corso d'anni, come è provato dallo specchietto del consumo del vino pel totale dei malati ospedalieri, quale mi fu fornito dall'economato:

Nel 1912	esso fu di	Ettolitri	434,91 ;
1913	»	»	391,77 ;
1914	»	»	372,45 ;
1915	»	»	218,99 .

Commentiamo ancora qualcuna di queste cifre. Vi dissi che qualche blanda parola di desiderio si ebbe in Sala Comune, dal 16,5 % delle donne, dal 10,4% degli uomini.

Vi potrà parer strano che anche il lieve rimpianto sia provenuto prevalentemente dalle donne, abituate per lo più a non ber vino che alla festa, o da qualche uomo, moderatissimo bevitore: i bevitori smoderati, gli ubbriaconi abituali non si lagnarono mai.

La cosa, paradossale a primo aspetto, lo parrà meno, solo che la consideriate da vicino. Chi assaggia di tratto in tratto due dita di vino, e non ne ebbe mai danno, può gradirlo come altri gradisce una chicca, e può dolersi della mancanza là dove era abituato ad averlo. Ma è il bevitore quegli che trae veramente un beneficio immediato dal regime di astinenza, perchè (a meno che si sieno già istituite lesioni anatomiche gravi dei centri nervosi o dell'apparecchio digerente) egli sente tosto la mente più sgombra, il sonno più tranquillo, le forze più sostenute, l'appetito più sveglio, la digestione meno laboriosa.

Perciò il bevitore, privato dell'alcool, rimane tranquillo, remissivo, tollerante, e il chiarissimo prof. Cappelletti, direttore del nostro Manicomio maschile, mi assicurò esser questo il contegno abituale di tutti i bevitori ivi racchiusi e posti subito al regime di astinenza.

Ora, se è vero che i fatti hanno più valore delle parole, io Vi domando se tutto ciò non significa che anche quando un bevitore crede di essere attaccato all'alcool in modo invincibile, egli è preda di un'illusione che si sfata immediatamente al contatto della realtà, e Vi chiedo nuovamente che consideriate l'enorme differenza che corre, sotto questo riguardo, tra alcoolista e morfinista.

Voi potete, è vero, trovare un alcoolista che a parole si dichiari incapace di rinunciare all'alcool, ma non ne troverete uno solo che mostri poi coi fatti di non esser atto a farlo: viceversa voi troverete *tutti* i morfinisti, quando sono sazii di morfina, pronti a dichiararvi ch'è un errore pensare ch'essi abbiano passione per essa e che sono dispostissimi a rinunciarvi, *ma non ne troverete uno solo* che due ore dopo, sotto la fame di morfina, non diventi cattivo, impetuoso, indomabile, e non richieda da parte del medico o la più fiera coercizione o l'astu-

zia più sottile, per strappargli anche il ritardo di un'ora o la diminuzione di pochi centigrammi!

E val la pena di rilevare ancora una volta queste diversità quando vediamo ancora dei clinici come Strümpell, dei tossicologi come Carnot, che osano equiparare il bisogno d'alcool dell'alcoolista a quello della morfina nel morfinista: errore, grave dal punto di vista medico, fatale dal punto di vista sociale!

* * *

Vogliate concedermi di utilizzare brevemente qualche cifra dal lato economico e sociale. In una popolazione misera com'è la nostra la spesa del vino è tutt'altro che trascurabile. Fedele al programma ristretto che mi sono prefisso, Vi dirò solo dei piccoli bilanci famigliari, quali ho raccolto in una buona parte delle mie schede. Tra esse ne ho scelto 75, in cui mi riuscì anche di paragonare la spesa del vino con quella della pigione. È un confronto suggestivo, perchè posto tra una spesa voluttuaria, conducente troppo spesso all'abuso e al vizio, e un bisogno di primissimo ordine, fondamento alla salute e alla moralità famigliare.

Come la classe popolare soddisfi nella nostra Venezia al bisogno della casa, si rileva dalla poderosa inchiesta di Vivante. Sopra 23,325 abitazioni da lui censite, ben 3534 furono da lui considerate inabitabili, e pagavano una pigione mensile di 13 a 22 franchi. Sopra queste 3534, ve ne erano poi 619 « di abitazione non aventi che il nome, e costituenti un soggiorno assolutamente incompatibile colle esigenze della vita ».

Sarebbe stato interessante per il mio assunto, sapere proprio in questi casi, qual'era la somma dedicata al vino, che vuol dire alla bettola, perchè (per un triste e reciproco rapporto di causa ed effetto) è sempre fuori della sua casa inospitale che il popolano sacrifica a Bacco.

Ma posso dire frattanto che sui 75 bilanci da me raccolti, ebbi queste cifre:

	reddito	spesa pigione	spesa vino
totale	9568	1707	1440
media p. singolo bilancio. . . .	127	22	19.20

La spesa del vino rappresenta dunque il 15 per cento del reddito, ma è bene notare che da questo computo esulano i grandi disordini pei quali non c'è più conto, e per i quali non di rado la moglie, o la figlia, o la sorella, hanno saputo dirci solo: *el beve tuto quelo ch'el ciápa.*

La pigione rappresenta il 17,5 % del reddito, quota troppo bassa pei bilanci popolari, mentre nei paesi progrediti essa supera pei piccoli bilanci il 20 %, e tende ad aumentare.

D'altronde le medie troppo spesso nascondono ben maggiori gravità dei fatti singoli. Così se, nella media, la spesa della pigione è risultata superare alquanto quella del vino, ciò non toglie che in ben 30 dei 75 bilanci, e cioè nel 40 % di essi, il rapporto risultava invertito.

Nè so trattenermi dall'esporvi qualche esempio, che a me pare terrificante nel suo significato sociale. E per persuadervi ch'essi non sono eccezionali, basterà consideriate ch' essi — in numero di 6 — sono tratti tutti da un solo centinaio di schede, riflettenti condizioni anteriori alla guerra.

Una famiglia di 5 persone (n. 326 dello schedario) con un guadagno complessivo di 170 lire mensili, spende 16 lire nell'affitto e 40 nel vino. Una famiglia di 7 individui (n. 329) vive tutta in una stanza pagando 12 lire: il capo di casa guadagna 120 lire mensili e ne spende 48 nel vino. Una famiglia di 7 persone (n. 358) vive in una sola camera di cui paga 12 lire; i due uomini della casa guadagnano 170 lire e ne spendono nel vino non meno (e probabilmente più) di 50. Una famiglia di 6 persone (n. 404) spende 16 franchi abitando una stanza di una casa divisa fra tre famiglie; il padre ha un guadagno fluttuante, intorno ai 200 franchi mensili e ne spende per sè 70 fra vino e alcoolici. Una famiglia di 6 persone (n. 418) con un guadagno di 150 lire spende 25 lire, tenendo a sub-affitto una sola stanza e spende 48 lire nel vino. Una famiglia di 6 persone (n. 436) spende poco più di 20 franchi al mese, dividendo la casa ora con una ora con 2 altre famiglie, sempre riserbando a sè *una* stanza in cui dormono genitori e 4 fratelli, tra cui un giovane di 20 anni e una ragazza di 17: il guadagno complessivo è di 150 lire, la spesa del vino di 50.

Eccovi raccolte in uno specchietto queste cifre, spietate nella loro semplicità:

numero dello schedario	componenti la famiglia	camere in cui abitano	guadagno	spesa pigione	spesa vino e alcoolici
326	5	?	170	16	40
329	7	1	150	12	48
358	7	1	100	12	53
404	6	1	200	16	70
418	6	1	180	25	48
436	6	1	150	20	50

Mi preme anche rilevare che gli esempi che ho citato furono tutti desunti nelle condizioni ordinarie della città, e che furono tratti dalle Sale Comuni, e non dal Riparto Custodia dove vanno per lo più ad alloggiare i bevitori di professione. E mi preme farvi notare ancora che il reclutamento dei nostri malati è tratto bensì dalla classe lavoratrice, popolare, povera, ma non da quell'infimo strato dove il vizio è più sordido e l'abbiezione più profonda.

Questo, come mi son convinto colla lunga consuetudine dell'ospedale, come mi fu confermato dai colleghi circondariali, frequenta assai meno le Sale ospedaliere, perchè sta nella sua stessa abbiezione il preferire di avvoltolarsi nel fango e di morire nel più lurido magazzino o in mezzo alla strada, o nel fondo di una *peata*, piuttosto che chiedere ricovero all'ospedale: i malati di questo strato non vi giungono che per eccezione, e sempre trasportati da passanti in istato di incoscienza, o poco meno che moribondi.

Appunto perchè questa classe ove l'abbiezione è estrema, è sfuggita quasi completamente alla mia inchiesta, i dati che ho esposto diventano anche più significativi. Cosicchè credo di non peccare di esagerazione, asserendo che se la nostra famiglia popolana sapesse sacrificare l'uso del vino al godimento ben più reale e fruttifero di una casa sana, il problema cittadino dell'abitazione sarebbe in molta parte risolto.

Nè voglio venire per ciò a conclusioni esagerate riguardo alla moralità del nostro popolo: esso ha pregi e difetti come tutte le folle: è buono, è mite, è onesto, ma purtroppo nessuno potrebbe purgarlo dalla taccia di ignoranza e di ignavia: attraverso la stessa nostra esperienza d'Ospedale, possiamo constatare quanta parte di esso manchi in stimolo di operosità, in virtù di risparmio, in coscienza di sè e dei propri reali bisogni, in dignità individuale e civile, in volontà di elevamento per sè e pei propri figli. La guerra ha messo in luce anche in esso delle energie non sospettate, ma ancor troppo scarse, e non potremo sperare nella sua redenzione se queste energie non saranno, ora e poi, scovate, sforzate, indirizzate.

Anche i fatti gravissimi ch'io ho citato di queste sproporzioni che oserei dire criminose, tra spreco nell'alcool e spesa della pigione, sono espressione, ancora più che di vizio, di una ignoranza e di un'incoscienza senza confine, poichè capita sempre che queste antitesi che, nel rilevarle, sembra colpiscano come una sferzata, riescono invece nuove e strane a quelli che ne sono oggetto e vittime: più volte vidi il capo di casa restare meravigliato e confuso di questo contrasto inatteso, e delle conseguenze ancor più inattese che gli si svelano. Non ha uno scatto nè una parola di ribellione: non sa che accusare l'abitudine, e l'ignoranza propria. E a cercare di far penetrare in quelle cervici queste semplici verità, a dir loro che nessuno oserebbe chiedere alla loro grama esistenza che le 20, le 40, le 60 lire sprecate mensilmente nello sbevazzamento, fossero dedicate al risparmio, ma che ben potrebbero invece procurar loro soddisfazioni sane ed elevatrici, e prima fra tutte, quella di una casa sana, ampia, e sorrisa dal sole, se ne ottiene un timido consenso, pel quale purtroppo l'indomani non rimarrà nè volontà nè ricordo.

Mi domanderete s'io voglia con tutto ciò auspicare all'astinenza completa dal vino da parte delle classi popolari.

Dopo quanto Vi esposi non vi desterò meraviglia dicendo che la considererei come una grande fortuna, una tra le maggiori che si possa oggi augurare al nostro popolo, perchè la crederei la via più facile per redimerlo dall'alcoolismo. Ma non per questo entrerò nel vivo del problema, che è il punto massimo di dissenso entro il campo degli anti-alcoolisti, divisi tra quelli che predicano la moderazione, e chi crede solo nella virtù redentrice dell'astinenza: a trattare di ciò si richiederebbero lunghe discussioni, a cui dissi fin da principio di voler rinunciare.

***

Ho parlato della casa. Non dirò quanti altri disordini, e colpe, e dolori, si svelino nel comporre queste aride cifre.

Sopra 400 individui, da cui ebbi risposta sul loro ambiente famigliare di oggi e di ieri, seppi che in ben 132, e cioè nel 32 %, l'alcool aveva rappresentato, o prima o poi, in grandi o in piccole proporzioni, un vero disordine famigliare, e che in 54 tra essi, e cioè nel 13 % il disordine era stato gravissimo, ed aveva rappresentato il vero elemento dissolvente della famiglia, o dal lato economico, e dal lato morale, o da tutti e due insieme!

Quali sieno i disordini arrecati dall'alcool, non occorre dire: il suo retaggio è miseria, discordia, colpa! Ma un elemento negativo, tra i disordini della vita portati dall'alcoolismo, voglio far risaltare dalla mia piccola statistica di sala Custodia, e cioè il poco contributo ch'esso ha dato al suicidio

Sopra 19 casi di tentato suicidio, in cui potei raccogliere un'anamnesi degna di fiducia,

in due soli la causa, o la concausa grave, era rappresentata dall'alcool, mentre in 14 era da escludersi qualsiasi abuso di esso, sia precedente che attuale.

Questa cifra, rispondente appena al 10 ½ % è da considerarsi tanto più bassa, in quanto è desunta solo dagli uomini, mentre è proprio tra essi che imperversa l'alcoolismo. Essa è ancora più bassa di quella data da Morselli per l'Italia e che alla sua volta è già bassa rispetto ad analoghe statistiche straniere: essa deporrebbe in favore di opinioni, citate recentemente da Leonardo Bianchi, neganti una diretta dipendenza dei due fatti.

E l'eccezionale bassezza di rapporto risultante dalle mie cifre, non è senza significato: il suicidio, benchè espressione della suprema debolezza psichica, attesta però sempre che sopra ogni cosa, sopra l'istinto della conservazione proprio ad ogni uomo, si è conservato un senso morale che fa preferire la morte ad un dolore o a una vergogna. Ora, questa forma di senso morale a cui non potremo mai negare un carattere di nobiltà, nel nostro alcoolista è fra i primi a spegnersi.

Concordo in ciò col nostro Dal Lago che nelle sue interessanti osservazioni « sull'alcoolismo e la cirrosi epatica in Venezia » descrisse, tra i disordini mentali, la prevalenza « della forma stupida, con abbrutimento, ideazioni difficili, concezioni torpide », mentre qui gli alcoolisti « poche volte raggiungono i forti gradi di esaltamento, e nel pervertimento della sensibilità morale non raggiungono le forti tinte che li rendano pericolosi... ».

Questo tono speciale della psicosi alcoolica veneziana è certo dovuta ai 2 fattori: qualità dell'intossicazione, terreno su cui si stabilisce. E forse non sarebbe del tutto privo di interesse, il soffermarsi per confrontarlo con quello proprio all'alcoolismo di altre popolazioni.

* * *

Volendo riepilogare quel poco di concludente che dalle mie osservazioni potete trarre, tralascio ciò che tutti sanno e tutti riconoscono, e cioè la gravità e la diffusione dell'alcoolismo quale piaga sociale; e insisto invece sopra i pochi elementi meno noti o disconosciuti, e cioè: *sull'esistenza e sulla diffusione del piccolo etilismo, sul vantaggio fisico ed economico che si può ottenere dalla sottrazione anche delle piccole dosi d'alcool, sulla facilità con cui la sottrazione delle grandi e delle piccole dosi può farsi, senza recare nè danno nè sofferenza e senza incontrare quella gravità di resistenza che l'opinione comune tende a credere pressochè universale.*

Quest'ultimo punto credo sopratutto importante nella lotta contro l'alcoolismo.

Quando la Società fosse ben bene convinta che l'abitudine del bere non è difficile a vincersi, se seriamente contenuta e combattuta, ma che invece non sarà vinta mai finchè ogni buona intenzione è addirittura sopraffatta dalle occasioni, allora essa intenderà l'importanza dei mezzi che la propaganda antialcoolistà sollecita da tempo, e provvederà seriamente a togliere lo scandalo dall'enorme numero di spacci.

Pensate che la legge di tre anni fa, pur ispirata ad un antialcoolismo all'acqua di rose, fissa il criterio di un esercizio ogni 500 abitanti: a questa stregua la nostra Città non dovrebbe averne più di 300. Vi prego di considerare invece la situazione degli ultimi anni in questo specchietto, facendovi ben presente come anche la maggior parte di quelle che passano come trattorie, finiscono coll'essere pure ricoveri dell'alcoolismo.

		Numero totale degli esercizi	alberghi	trattorie	bar, caffè, birrerie bettole, vendite di vino
31 Dicembre	1903	1178	—	—	—
»	1912	1256	—	—	—
»	1913	1266	53	361	850
»	1914	1251	55	356	840
»	1915	1196	31	345	820
30 Giugno	1916	1173	48	336	789

Non occorrono commenti a queste cifre. Soltanto, quando si pensi quale occasione e quale necessità doveva rappresentare la guerra attuale per colpire a fondo la piaga della bettola, è lecito domandarci con quale convinzione la legge fu fatta, e con quanta buona fede sia applicata!

Oggi, forte del mio esperimento, posso dire che è falso che il numero degli spacci sia indifferente per la profilassi dell'alcoolismo, che è falso che il bevitore, invaso da una sua invincibile tendenza, giri finchè trova ove saziarla, posso dire colla più assoluta convinzione che questa invincibile tendenza è una menzogna, che il bisogno creato dall'abitudine non esiste, che la sofferenza o l'inferiorità fisica provocata dalla mancanza è un pregiudizio!

Una sola classe di bevitori, sembra far eccezione per la impulsività del desiderio, e la sua incoercibilità; i *dipsomani*. Ma le opinioni di tutti quanti ne hanno trattato, sono concordi nel considerarli come veri e propri malati di mente. La *dipsomania* si presenta a periodi, e il periodo si inizia e si accompagna

con netti fenomeni morbosi di inquietudine, di impulsività, di irresponsabilità: sotto l'influenza di esso il *dipsomane* beve impulsivamente, avidamente, ma senza gusto; e al risvegliarsi dal periodo morboso, passa ad una ripugnanza assoluta per gli alcoolici: fatti tutti che indussero i psichiatri a considerare il *periodo* nè più nè meno che quale un equivalente epilettico.

Siamo quindi nell'assoluta patologia mentale, e il fatto nulla ha a che vedere coll'*alcoolismo, fenomeno sociale.*

Infatti è tutto diverso ciò che succede nell'alcoolista per vizio.

Secondo Kraepelin, tra alcoolista vizioso e *dipsomane* vi è tutta una gamma di transizioni, e anche per quello egli parla di una *tendenza irresistibile contro cui si infrange la più buona volontà di esso;* ma oggi nel campo dei psichiatri, i quali hanno ormai abbracciato il sistema della sottrazione brusca, e hanno ormai il frutto di una lunga esperienza di essa, quest'opinione è da considerarsi superata! E oggi la frase di Kraepelin può a buon diritto trasformarsi in quest'altra «che la buona volontà dell'alcoolista si infrange contro la volontà pessima della società, che persiste ad offrirgli tutte le tentazioni».

Si potrà obbiettare che un esperimento, fatto in ospedale, sopra individui malati, in regime di riposo, rispecchia assai male l'ambiente esterno, dell'uomo che lavora e che vive in mezzo al mondo.

Quest'obbiezione non ha grande valore: si potrà forse accettare che la fatica faccia sentire il bisogno di un eccitante abituale come l'alcool, a dosi moderate, e che questo senso di bisogno manchi in una vita di riposo; ma all'incontro credo inconcepibile che l'abitudine viziosa, l'alcool abuso e godimento, non sia ancor più desiderato nell'ozio e nella noia.

Ritengo per ciò che questo risultato del mio esperimento sfugga ad una tale accusa di inferiorità, e sarò felice se un tale dato diverrà acquisito alle armi di lotta contro l'alcoolismo. Tale lotta deve essere parte integrale di ogni programma di elevamento del Paese e per essa la Società non deve omettere alcuno nè dei grandi, nè dei piccoli mezzi che ha a sua disposizione. I grandi mezzi vogliono dire: progresso morale e progresso economico di tutte le classi, ma fra i piccoli, la Società non disdegni la propaganda, e non ometta di tagliare nel vivo sulla piaga della bettola, e ponga a base della lotta questa convinzione, che le grandi resistenze si troveranno assai meno nell'attaccamento del popolo al bicchiere che non nell'interesse degli spacciatori, grandi e piccoli, a propinarglielo!

Frattanto non mi stanco dal credere che la propaganda dev'essere di parole e di fatti, e guidata dalla fede!

Il mio piccolo esperimento ha già fruttificato. Già nel nostro Ospedale il regime analcoolico va estendendosi, come provano le cifre che ho riferito più su (1), e il popolo non se ne lagna nè se ne trova scontento. E fuori dell'Ospedale, in quest'anno, gli istituti ospedalieri e di ricovero, dipendenti dalla Congregazione di Carità, hanno ridotto a 2 giorni per settimana la razione del vino, e i suoi istituti educativi la hanno completamente soppressa. Certo l'occasione a ciò fu dato dalle gravi condizioni dell'economia cittadina e del bilancio Congregatizio; so però che non piccolo incitamento a ricercare un'economia in questo capitolo, venne dalla convinzione di procacciare insieme un vantaggio reale a giovani collegiali e a vecchi ricoverati, e so che tale incitamento è partito in buona parte dall'insegnamento e dall'esempio del nostro ospedale!

***

Sarebbe stato mio vivo desiderio seguire così gli alcoolisti come i moderati bevitori, divezzati, dopo la loro uscita dall'Ospedale. Ciò non mi fu dato che in minima parte. Sfortunatamente non ebbi il tempo di andarli a ricercare nel loro ambiente di famiglia, o di lavoro. Io raccomandai a molti di essi di ripresentarsi dopo qualche tempo al nostro Ambulatorio Ospedaliero, ma devo dire che da questo lato le mie speranze furono deluse: troppo pochi furono gli individui che o si ripresentarono spontaneamente, o ch'io rividi accidentalmente, dandomi occasione di informarmi del loro stato o delle loro abitudini.

Da questi pochi non trassi che soddisfazione: mi rividero come un buon consigliere, mi assicurarono di non aver mai più ecceduto, spesso me ne persuasi dalle loro migliorate condizioni fisiche, dalla loro faccia trasformata: però di pochissimi potei convincermi che fossero rimasti astinenti; ciò che invece fu frequente nei malati di ceto più elevato, della clientela privata.

Questo lato delle mie osservazioni è dunque manchevole, e non esito a riconoscere ch'è una deficienza grave, poichè molta parte dell'esperimento tentato poggia proprio sopra queste influenze remote.

(1) E nel corrente anno 1917 la razione di vino fu soppressa definitivamente dalle diete ordinarie.

Ma il buon seme, gettato sia pure un po' a caso, è destinato sempre a fruttificare: per quanto ne cada su un terreno sterile, vi sarà pur qualche grano che trova la zolla buona; e perciò io serbo la convinzione che una propaganda antialcoolista, esercitata più coi fatti che colle parole, e sulle classi che più ne hanno bisogno, e nell'ambiente ospedaliero che è di grande potere suggestivo, e coll'autorità che ha la parola di medici convinti, potrà réndersi tanto più efficace, quanto più sarà diffusa.

E poichè nulla potrà distogliermi dalla via battuta in questi anni, serbo pure la speranza che i lati della questione, che oggi ancora non mi si son resi evidenti, potranno divenirlo nel seguito.

Novembre, 1916.

(*Per necessità di spazio, e col consenso dell'A., abbiamo omesso la Bibliografia di queste lezioni e alcuni brani del testo, il quale comparisce integro negli estratti.* N. d. Redaz.).

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

R. Accademia Medica di Roma.

(*Seduta ordinaria del 27 maggio* 1917).

Presidenza del prof. R. Campana, vice-presidente.

La scheda biografico-clinica del soldato ferito o infermo in guerra.

Prof. S. Ottolenghi. — In questo giornale fu già pubblicata per esteso la comunicazione del prof. Ottolenghi. Su di essa presero la parola i proff. Rho e Ferrero di Cavallerleone.

Il prof. Rho fece rilevare la difficoltà di pratica attuazione della cartella biografico-clinica proposta dall'Ottolenghi pur riconoscendo ad essa una grande importanza e fece notare che se non così diffusamente come l'O. vorrebbe, molti dei dati si trovano già negli attuali fogli matricolari. Nella marina si ha un quadro anche di tutte le malattie sofferte e pensa che in una nuova edizione si potrebbe introdurre gran parte dei dati voluti dall'Ottolenghi. Intanto si potrà tener presente la proposta e farla nota alle autorità superiori militari.

Il prof. Ferrero di Cavallerleone ricordò che fin dal 1914 a dirimere alcune insufficienze lagnate dall'Ottolenghi, prendendo anche norma dai suoi insegnamenti, aveva presentata al Ministero della guerra una proposta di modifica delle segnalazioni redigendo un modulo nel quale oltre alla statura, al perimetro toracico, al peso, aveva creduto opportuno aggiungere l'impronta digitale del pollice sinistro e l'apertura delle braccia ed aveva precisate tutte le varianti di colore, di forma, di dimensioni che dovevano esser tenute presenti per le singole parti del corpo, sopratutto del capo richiamando anche l'attenzione speciale sui contrassegni appariscenti quali le cicatrici, i tatuaggi, i nei, le macchie, ecc. Tale proposta però non venne accolta, ma le cose buone finiscono per essere accolte onde si augurò anche egli come il prof. Ottolenghi che presso i corpi si vogliano istituire fogli sanitari per ogni individuo sui quali oltre ai contrassegni suindicati siano anche segnati i precedenti ereditari e le malattie sofferte prima dell'arruolamento. Fin d'ora però è bene si conosca che il libretto sanitario personale del soldato che si istituisce presso i reggimenti e che egli deve sempre portare con sè, se tenuto diligentemente, rappresenta di già una succinta cartella biologico-sanitaria.

Nuove ricerche sulla volatilizzazione fermentativa dell'arsenico.

Dott. A. Missirolli. — Riferendosi ad una memoria del dott. Puntoni in una forma di arsenicismo domestico prodotta da una soluzione di cacodilato invasa dal comune penicillo verde, riassume le sue ricerche tendenti a chiarire, come mai il detto ifomicete che numerosissimi osservatori dichiararono inerte nei composti arsenicali, abbia potuto, nel caso del Puntoni, volatilizzare tanto arsenico da avvelenare una intiera famiglia. L'O. in base ad una prima serie d'esperienze conchiude:

1° La volatilizzazione dell'arsenico per parte del penicillo glauco, può avvenire soltanto in taluni composti organici del metalloide: sono fra essi il cacodilato, il metilarsinato sodico ed in grado molto minore il salvarsan.

2° Anche altre muffe inerti su comuni composti arseniferi spiegano lo stesso potere.

3° Accanto alle vere *arsenio-muffe* devono ammettersi delle *arsenio-muffe occasionali*, la cui attività è resa possibile dalla speciale struttura della molecola arsenifera, con cui vivono a contatto.

Il prof. Gosio rilevò l'importanza del lavoro. Egli tutto si sarebbe aspettato che di vedere delle muffe inattive riuscire attive in determinati composti. Ci sono dei germi che attaccano certi zuccheri e così accade per alcune muffe. Egli ritiene che il fenomeno biologicamente deve essere ben diverso, deve dipendere da qualche cosa di specifico. Si augura che questi problemi siano presto sviscerati.

E. Grossi.

Il fascicolo 11 (15 novembre 1917) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. Ignazio Scalone - *Note su alcuni casi di edema maligno, non gassoso.*

II. Dott. Pietro Caliceti e Dott. Ruggero Vaglio - *L'enterococco causa di gravissime complicanze endocraniche d'origine otitica.*

III. Dott. Renato Mosti - *Sull'artrotomia del ginocchio in chirurgia di guerra, con speciale riguardo ad un nuovo metodo personale.*

IV. Dott. Angelo Chiasserini - *Lesioni sperimentali dell'ipofisi.*

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La morte improvvisa.

In generale la morte dipende dalla mancata funzione di uno dei tre sistemi, nervoso, circolatorio, respiratorio, e si ha quindi la morte per coma, sincope o asfissia. Spesso due di tali modi sono combinati. Quando la malattia ha origine in altre parti del corpo, la morte interviene per la compartecipazione secondaria di uno di tali sistemi.

Sistema circolatorio. Una delle cause più frequenti di morte improvvisa è la malattia delle coronarie; nel 50 % dei casi si tratta di individui trovati morti in letto, mentre si erano coricati in stato di salute apparente, altre volte invece la morte è intervenuta in occasione di uno sforzo improvviso. Qualche volta si tratta di emorragie nel pericardio o in altre cavità, ciò che può venir accertato con l'autopsia. La miocardite, non accompagnata da malattie delle coronarie, può provocare la morte improvvisa nei vecchi, o in individui con malattie che hanno provocato la degenerazione secondaria del miocardio (pneumonite, alcoolismo cronico, morbo di Bright, eclampsia puerperale, difterite, influenza, scarlattina). Anche il gozzo esoftalmico entra in questa categoria, ed in esso la morte può verificarsi per la somministrazione di anestetici o senza cause apparenti. Gli individui con miocardio debole, per le accennate malattie, possono morire improvvisamente in seguito a cause, che sarebbero innocue per altri individui, come p. e., l'esposizione al freddo od al caldo, il passaggio di una corrente elettrica debole, od un *ictus* emozionale.

Altri casi di morte improvvisa sono dovuti a malattie valvolari (specialmente dell'aorta), ad embolismo polmonare, ad emboli gazosi, a malattie congenite di cuore; a quest'ultima causa sono da attribuirsi molti dei casi verificatisi in bambini, che si ritengono soffocati in letto dai genitori.

Sistema respiratorio. Minore importanza che la sincope, ha l'asfissia. Questa può venire determinata da vomito durante lo stato di incoscienza e consecutivo rigurgito di esso nelle vie aeree, oppure da veleni narcotici, dalla pressione di un gozzo o di tumori del timo o nel mediastino, da un edema laringeo. Altre cause sono l'intossicazione da ossido di carbonio (stufe a gas, motori a essenza, incendî), da anidride carbonica, da acido cianidrico, da cocaina (p. es. dopo una istillazione uretrale).

Sistema nervoso. Abbastanza frequentemente è in causa l'emorragia cerebrale. Trattasi invece talvolta di idrocefalo cronico interno, di meningite, di tumori cerebrali. I casi più difficili sono quelli in cui la morte è il risultato di uno *shock*, non complicato da altre condizioni morbose riconoscibili. Basta una percossa anche lieve su certe regioni del corpo per determinare la morte improvvisa; tali regioni sono specialmente gli organi genitali, la parte superiore dell'addome, la gola, il naso. Appartengono a tale categoria le morti improvvise dei *boxeurs*, quelle determinate in seguito a manipolazioni agli organi genitali femminili (dilatazioni del collo dell'utero, manovre abortive), cadute, ecc. In qualche caso il meccanismo della morte può spiegarsi con una subitanea vasodilatazione nell'area splancnica, ed un consecutivo abbassamento della pressione sanguigna, oppure può trattarsi di un arresto improvviso e simultaneo delle funzioni cardiache e respiratorie, la così detta inibizione di Brown Séquard.

A questa categoria appartengono molte delle morti da anestesia; in una buona percentuale (26 %) di queste si trova lo *stato linfatico* (persistenza del timo e ipertrofia del tessuto linfoide). A questo proposito, l'A. accenna alla maggiore tossicità del cloroformio ed alla convenienza di sostituirlo con l'etere.

(B. H. Spilsbury: *The Practitioner*, febbr. 1917). FIL.

TERAPIA.

Trattamento delle suppurazioni della pleura.

Tuffier (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, luglio, 1917) si occupa del trattamento delle suppurazioni pleuriche di già aperte chirurgicamente e distingue malati operati da poco tempo, meno di 2 mesi per esempio, e malati che hanno un empiema cronico, aperti cioè da molto tempo. Tale distinzione si impone, perchè nei casi di suppurazione recenti, a meno che non si tratti di gravi lesioni polmonari con grande perdita di sostanza e retrazione cicatriziale del polmone, il tessuto polmonare torna rapidamente a contatto colla parete costale e sopprime così la cavità pleurica. Al contrario nelle suppurazioni antiche, l'ispessimento pleuro-polmonare ostacola l'espansione, ritarda e compromette le speranze di guarigione. Queste distinzioni si applicano tanto alle pleuriti purulente mediche, quanto alle suppurazioni chi-

rurgiche, consecutive agli emotoraci, così frequenti.

La base e la tecnica del trattamento consiste nel disinfettare la pleura e tutti i suoi recessi, a mezzo del liquido di Dakin, per esempio, nel seguire la evoluzione della disinfezione sulla curva microbica, nello studiare la varietà di microbi che vi sono contenuti, ed infine, allorchè la cavità pleurica è clinicamente sterile, nel chiudere l'orificio chirurgico e trasformare un piotorace in un pneumotorace, che guarisce spontaneamente. Tale il meccanismo curativo delle suppurazioni croniche. La disinfezione è sempre lenta, difficile, e spesso occorre aggiungere alla disinfezione la liberazione del polmone, o la decorticazione incompleta, secondo il procedimento di Delorme. Spesso anche dopo la chiusura può svilupparsi un reliquato di suppurazione in un punto.

Tuffier completa queste nozioni presentando i risultati di questo trattamento nelle suppurazioni della pleura chiuse, od aperte da poco tempo. Si tratta di 12 casi di pleuriti purulente mediche e 10 emotoraci suppurati, nei quali si ottenne costantemente il ricupero funzionale del polmone, anche quando si trattava di pleuriti purulente da streptococchi. Questi risultati conducono a questi concetti: la larga apertura delle pleuriti purulente, con penetrazione dell'aria nella pleura, è l'ostacolo alla espansione del polmone e per conseguenza alla guarigione. Occorre dunque sopprimerla prima che è possibile, appena cioè la pleura è sterilizzata.

Paragonando i risultati ottenuti nelle suppurazioni recenti con quelli ottenuti nel trattamento nelle pleuriti purulente aperte da lungo tempo, si arriva a questa conclusione, che la clinica e l'anatomia patologica facevano prevedere: le suppurazioni recenti sono generalmente facili a sterilizzarsi ed a guarire.

Ma non è soltanto la guarigione, è il valore della guarigione che l'A. tende a far risaltare. Dopo le resezioni costali estese e le suppurazioni secondarie il polmone retratto nella sua loggia perde la maggior parte del suo valore funzionale, legato alla sua espansione. Al contrario la sterilizzazione precoce e la chiusura precoce della incisione pleurica lasciano una cavità toracica molto poco deformata ed il polmone ritrova tutta la sua permeabilità: le funzioni si scostano tanto meno dalla norma, quanto più precoce fu l'operazione.

I risultati dell'ascoltazione, la radiografia, la assenza di turbe funzionali nei malati così trattati attestano il valore di questa guarigione.

P. C.

MEDICINA LEGALE.

Sulla obbligatorietà degli atti operativi e delle cloroformizzazioni nell'esercito.

Su questo argomento ha avuto luogo in Francia un vivace dibattito, riconoscendosi da alcuni (Reynier) la necessità di rendere obbligatoria la cloroformizzazione, almeno, quando non è seguita da intervento cruento, ed è diretta a scoprire simulazioni. Si è riconosciuta l'urgenza di decidere la questione per mezzo di una legge speciale, altrimenti i medici si vedranno impedita non soltanto l'anestesia, ma anche la puntura lombare, la reazione di Wassermann, un salasso, ecc.

Da noi la questione è stata sollevata al Senato, nello scorso marzo, da parte del professor Golgi (*Quaderni di medicina legale*, maggio 1917) il quale osservò che troppo spesso la decisione dell'intervento chirurgico urta contro difficoltà derivanti dalle disposizioni della legge e regolamenti militari.

Ora la tesi dell'obbligatorietà degli atti operativi a scopo di cura è sicuramente già accolta e tradotta in pratica in Francia e, pare, anche in Germania.

Da noi tale argomento ricade tuttora sotto il dominio del paragr. 123 del regolamento sul reclutamento 2 luglio 1890, il quale dice: « Niun iscritto (di leva) può essere assoggettato ad operazione cruente col fine di renderlo idoneo al servizio militare, senza che egli stesso vi acconsenta ».

L'estensione di tale articolo è sanzionata dall'Ispettorato di Sanità militare, che, con atto recente, dichiarava di essere d'opinione contraria a qualsiasi intervento operatorio rifiutato dall'infermo, criterio a cui si inspirano oltre che il citato art. 123, anche le disposizioni per gli infortuni sul lavoro degli operai civili.

In considerazione delle vigenti leggi, si comprende l'interpetrazione dell'Autorità militare; sorge però spontaneo un senso di protesta, tanto più che nell'ingranaggio dei rifiuti, si arriva a fatti che saremmo tentati di giudicare inverosimili, come p. e. il rifiuto alle iniezioni ipodermiche a scopo curativo! Ed il prof. Golgi cita dei fatti a lui occorsi di rifiuti di soldati sifilitici ad iniezioni mercuriali, o di altri con adenomi di natura tubercolare che rifiutatisi ad iniezioni jodo-jodurate, dovettero venir proposti a rasssegna.

A tanti atti operativi semplici il chirurgo deve rinunziare davanti il veto individuale, come ad estrazione di proiettili e di scheggie ossee, tenotomie, riduzione di anchilosi sotto

narcosi, ecc.; e ciò significa purtroppo andare incontro alle più disastrose conseguenze a deformità, inabilità permanenti, atrofie, mutilazioni funzionali, ecc., ad annullare cioè la possibilità che venga restituito alla famiglia ed anche all'esercito con grande numero di uomini atti al lavoro ed alle armi.

Come, per alte considerazioni di salute publica e d'interesse nazionale, il Governo giustamente ha emanato apposite leggi per rendere obbligatorie nei militari le iniezioni ipodermiche preservative contro il tifo, colera, ecc., allo stesso modo dovrebbe procedere nell'interesse nazionale a rendere obbligatorie sia le iniezioni, anche curative che p. e. nella sifilide costituiscono una vera profilassi sociale, sia gli atti operativi, che tendano a diminuire il numero degli inabili a cui la beneficenza dovrà provvedere negli anni futuri. I. P.

IGIENE.

La riforma della razione alimentare del soldato e l'economia nazionale.

Il prof. F. Rho (*Annali d'Igiene*, agosto 1917) in un notevole studio sull'argomento, richiama l'attenzione sull'evoluzione che hanno subito i nostri concetti sull'alimentazione. A questi si è sempre inspirata l'igiene militare, per cui, come un tempo si era dovunque adottato un regime sovrabbondante, massime per la quota delle sostanze azotate e per esse della carne, così anche nell'ambiente militare si fornivano delle razioni che, se non qualitativamente, almeno quantitativamente, rispondevano ad un bilancio alimentare di lusso.

L'errore delle razioni stabilite del Voit e da altri sperimentatori tedeschi dipendeva dal fatto che essi avevano limitato i loro esperimenti a pochi individui ed a brevi periodi di tempo, basandoli inoltre sui *regimi abituali* dei tedeschi.

Con successive esperienze fatte su base più larga, con l'osservazione di intere popolazioni, fra cui anche i nostri contadini, che con un vitto parco, essenzialmente vegeteriano, sono pure ottimi lavoratori, si riconobbe che il bilancio dell'azoto, ossia l'indice del ricambio materiale, può essere mantenuto senza *deficit* ingerendo una quantità di albuminoidi molto più bassa di quelle volute dai primi sperimentatori tedeschi. Tutto il di più che si ingerisce viene consumato in pura perdita, sovraccaricando di lavoro l'intestino, il fegato ed i reni, procurando nell'età matura le svariate manifestazioni della così detta uricemia ed altri varî disturbi del ricambio.

Dal punto di vista economico, sociale e fisiologico, sopratutto nelle circostanze create da questa guerra, l'igiene deve sconsigliare le alte quote di proteici per la razione militare. La quota di 90, al massimo 100 gr., rispetto all'elemento riparatore, conferisce già una elasticità più che sufficiente per tutti i casi.

Ora presso tutte le nazioni, l'errore dell'eccesso di albuminoidi nella razione di pace venne straordinariamente aggravato richiedendo agli albuminoidi, e specialmente alla carne, il soprappiù per l'eccesso di lavoro, che doveva invece venire chiesto agli idrati di carbonio. L'Italia somministrava nei 375 gr. di carne della razione di guerra 151 gr. di albumina, la Germania 181 e l'Inghilterra 256.

L'A. aveva segnalato questo errore sin dall'epoca della guerra libica, dimostrando che tale regime, contrario anche alle abitudini delle nostre popolazioni, non poteva essere un fattore estraneo alle malattie dell'apparato digerente, ivi molto frequenti.

Solo gradatamente però poterono esser guadagnate a quest'ordine di idee le autorità dirigenti politiche e militari le quali si preoccupavano anche dell'impressione che una riduzione di vitto può fare sull'opinione pubblica e sulla possibilità che dei demagoghi sfruttino tale fatto per trarne delle conseguenti interpetrazioni astiose e partigiane.

La questione della riducibilità del consumo di carne si fece più acuta in base a considerazioni economiche, perchè il grande consumo di carne dovuto alla chiamata di tanti uomini sotto le armi aveva fatto rincarire enormemente questa derrata alimentare.

Una speciale Commissione nominata, rilevando i difetti del vettovagliamento e lo spreco che spesso avveniva, fece in breve delle proposte concrete, che portarono subito ad una notevole economia nel consumo di carne, riducendo il consumo mensile da 90,000 capi di bestiame a 60,000, ed aumentando convenientemente la quantità degli idrati di carbonio. Come base del contenuto di calorie vennero prese non già le cifre del Chittenden (2600), ma quelle di Rubner (3362).

Dopo sei mesi di esperienze con le nuove razioni, tutti i rapporti del fronte e delle navi furono favorevoli alla riduzione carnea ed alle altre modificazioni adottate, le quali hanno alquanto accresciuto il numero di calorie fornite ai nostri militari. FIL.

Pubblicheremo prossimamente:

F. BONOLA, *Di alcuni stati convulsivi ancora mal definiti.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

A. GEMELLI. *Il nostro soldato.* Saggi di psicologia militare. Un volume in-16°. Milano, F.lli Treves, editori, 1917 (2° migliaio). Prezzo L. 5.

Questo libro tende a provare che le forze psichiche saranno i fattori precipui della vittoria.

Nelle sue qualità di medico e di sacerdote, di studioso e di uomo di cuore, il padre Gemelli, che per due anni è vissuto fra le truppe e presso il Comando supremo, si è trovato in grado di raccogliere e di mettere in piena luce gli elementi psicologici della guerra, dimostrandone l'importanza non solo scientifica, ma anche militare. La psicologia dei nostri soldati è divenuta oggetto, da parte sua, di un'analisi minuziosa e precisa, diligente e avveduta, guidata da senso realistico, con esclusione di ogni retorica.

L'A. documenta e avvalora l'assunto che la conquista della vittoria è un problema psicologico; che la riuscita di ogni singola azione dipende non solo dalla preparazione materiale di essa, ma sopratutto dalla sua preparazione morale; che vince la guerra quell'esercito i cui soldati hanno il cuore più saldo e sono animati dal pensiero che la guerra che combattono è giusta ed utile. I fattori psichici accrescono il valore, l'energia aggressiva, la capacità di resistenza dei combattenti; è l'anima del soldato che fa la guerra.

In tutti i tempi è stata riconosciuta e segnalata l'importanza dei fattori morali in guerra. Ai nostri giorni Lafargue afferma: « il modo di comportarsi di una truppa è, per una grande parte, un problema di psicologia »; e Le Bon: « la guerra attuale è una lotta di forze psicologiche ». Esprime lo stesso concetto in senso negativo Luigi Cadorna quando dichiara: « la vittoria è determinata dalla demoralizzazione dell'avversario ».

L'A. lamenta che i generali del nostro tempo (dimenticando gl'insegnamenti di Napoleone, il quale fu un grande psicologo), non abbiano, però, sempre tenuto in conto la psicologia del soldato. Questa trascuratezza è stata tanto più deplorevole tra noi, in quanto che molti soldati hanno subìto l'opera deleteria, distruggitrice di ogni ideale, che certa propaganda insidiosa è venuta compiendo ed occorreva opporvi valide energie morali, per controbatterla.

Il doloroso episodio dell'invasione teutonico-tartarica è venuto a dimostrare il significato e la portata di questo ammonimento.

Magnifici sono i capitoli sul soldato in trincea. Nella trincea la vita dello spirito, assorbito dalle preoccupazioni immanenti, costretto a rimuginare poche impressioni, si restringe, diviene angusta. Epperò si produce un distacco dalla vita affettiva e mentale anteriore, quasi una doppia personalità; al tempo stesso viene a difettare la facoltà critica, onde la facilità ad accogliere false notizie e voci assurde; ma sovratutto caratteristica è la paralisi della volontà al momento dell'azione: ne deriva il compito preponderante che spetta agli ufficiali nel guidare quei semi-automi e nel portarli ai cimenti più gravi.

Non meno interessanti sono i capitoli sugli ufficiali. Questi dovrebbero essere scelti e preparati in modo da rispondere al loro alto mandato: spetta ad essi, infatti, di formare nelle truppe la « coscienza di guerra », di fare che esse sappiano e sentano perchè si richiedano loro sacrifizi supremi; di allenarle all'ubbidienza ed all'imitazione; di persuaderle, volta per volta, che ogni azione parziale in cui vengono impegnate, è utile ai fini della guerra; di lasciar sempre aperto uno spiraglio all'istinto di conservazione; ecc.

Questa preparazione deve precedere, in parte, l'entrata in trincea: compiersi nelle retrovie, nelle caserme, nel paese.

Pregevoli sono i capitoli sul coraggio, sulla paura e sul modo di vincerla, sul *folk-lore* e sulle superstizioni in guerra.

L'A. trova modo d'inquadrare nel suo studio anche un accenno alle malattie mentali in guerra ed alle illusioni acustiche della battaglia.

Tutto il libro comprova la prevalenza, in guerra, dell'elemento « uomo » sull'elemento « arma ». Questa deve ubbidire ad un pensiero che sa, ad un cuore che sente perchè si combatte e perchè si muore.

Il padre Gemelli, scrivendo questo libro, non ha fatto solo opera di scienza, ma anche di patriottismo.

Egli ha compiuto una buona azione.

L. V.

VARIA.

Bottiglie di carta per il latte.

Nello Stato di Pensylvania è stato introdotto l'uso di bottiglie di carta pel trasporto del latte. La fabbricazione delle bottiglie si ottiene con una speciale macchina, partendo direttamente dalla pasta di legno. Le bottiglie vengono rese impermeabili con un bagno di paraffina. Se ne producono 5 mila all'ora, e se ne ricavano 60 mila da una tonnellata di pasta di legno. Il vantaggio del nuovo recipiente è dato dalla perfetta sua sterilizzazione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Un dovere.

Abbiamo già inviato dalle colonne di questo giornale il saluto della nostra dolorante simpatia ai colleghi che la recente disgrazia toccata alle armi italiane ha costretto ad abbandonare le meravigliose terre del Friuli e del Veneto. Ma più che nelle parole, crediamo che in questo momento i sentimenti debbano avere rispondenza in azioni generose quanto doverose.

La Federazione degli Ordini dei Medici, per lodevole iniziativa del Presidente professore Silvagni, ha raccolto un fondo a favore dei medici più gravemente colpiti dalla guerra.

Tra questi vanno certamente compresi quei medici che, pur non vestendo l'onorata divisa, hanno subìto della guerra il più grave danno immediato. Abbandonando la propria città, il proprio paese, per poco, auguriamoci, invaso dalle orde tartaro-teutoniche, essi hanno di un colpo perduta la clientela, la condotta, ogni patrimonio economico.

Essi prima che altri quindi devono avere l'aiuto della classe.

Ma purtroppo il fondo raccolto dalla Federazione degli Ordini dei medici non ha raggiunto quelle proporzioni cui la nobiltà dello scopo al quale era destinato avrebbero fatto legittimamente prevedere.

Ora che una dolorosa contingenza ne ha dimostrato più che l'utilità la necessità, esprimiamo più che l'augurio la certezza che ogni medico saprà fare il proprio dovere. Più volte nelle colonne di questo giornale abbiamo difeso gli interessi e sostenuti i diritti della classe medica; oggi indichiamo un dovere, sicuri che il nostro appello deciderà gli incerti e spronerà i pigri. Diano, diano tutti e diano generosamente. Invii ciascuno alla Federazione degli Ordini dei medici a Bologna il proprio contributo, proporzionandolo più che alle proprie risorse economiche alle grandi sventure che bisogna lenire.

La Francia, l'abbiamo già ripetuto altre volte, ha raccolto per la Cassa medica di guerra una somma ingente, che è una prova magnifica dell'indomabile spirito nazionale e di solidarietà dei nostri colleghi d'oltralpe. Noi abbiamo per lo stesso scopo raccolta una somma esigua, quasi inconfessabile. Ma siamo in tempo per rimediare.

Cronaca del movimento professionale.

Federazione Nazionale fra le associazioni del personale addetto alla vigilanza igienica.

La Presidenza della Federazione ha diramato ai soci la seguente circolare:

Roma, novembre 1917.

Colleghi,

Nel fatale momento in cui il nemico invase il patrio suolo, più vivo ha palpitato nel cuore di ogni buon italiano l'intimo sentimento di fratellanza nel dolore e nella fede, e l'ardente desiderio della riscossa per il trionfo della santa causa nazionale.

Tutto il popolo, con impeto ancor più fervido di fede e sacrifizio, dalla fusione degli spiriti trae l'energia per fronteggiare l'angosciosa prova, uguagliando l'animo alla gravità del momento, e cittadini e soldati si uniscono a formare un unico esercito per la comune salvezza. L'incrollabile Unità Nazionale sopratutto si afferma nello scambievole conforto ed aiuto.

Superfluo ogni incitamento alla classe sanitaria, conscia del sacro dovere che le incombe: ogni medico ha chiara ed alta la coscienza della missione umanitaria e sociale affidatagli, tutti compiranno intero il loro dovere ispirandosi alle nobili tradizioni della Classe.

Ricordiamo, solamente, ai colleghi come ovunque ed in qualsiasi occasione, così in zona di guerra come al letto del malato, nell'esercizio della professione come nella vita privata, ciascuno di noi, più di ogni altro, può efficacemente cooperare ad accrescere e rafforzare la resistenza, rinvigorire gli animi, reintegrare e valorizzare le innate virtù del popolo, stimolando le energie indispensabili per la salvezza e la fortuna dell'amata Patria, sicchè si compia la concorde e tenace volontà del Paese per la più sollecita cacciata dello straniero dalla nostra terra.

Il nostro affettuoso e commosso pensiero sia pure rivolto ai colleghi delle terre invase, costretti ad abbandonare la loro casa, verso i quali deve convergere ogni nostro senso di solidale collegiabilità e di ospitalità fraterna.

La Presidenza Federale pertanto si mette a completa disposizione dei colleghi, venuti a trovarsi improvvisamente in tale angosciosa situazione, per tutto quello che potesse esser necessario ed utile a loro ed alle loro famiglie, nel fermo intendimento che ogni energia federale debba ora esser rivolta ad alleviare, nei limiti del possibile, le difficoltà ed i disagi della forzata migrazione, che auspichiamo breve, attingendo dai ricordi del glorioso passato la fiducia nel destino della nostra Italia.

In alto i cuori; ogni nostro pensiero, tutta la nostra opera, sia per la Patria!

La Presidenza.

I medici ferroviari.

La presidenza dell'Associazione dei medici ferroviari ha diramato la seguente lettera:

«I medici italiani hanno dato in ogni occasione esempio del più fulgido patriottismo. Nella tragica ora che l'Italia attraversa, mentre il nemico solca il suolo italiano e accampa nelle feraci pianure del Veneto, occorre che anche i medici ferroviari, che sono tanta parte della vita nazionale, intensifichino la loro opera patriottica in mezzo alle popolazioni, incuorando alla resistenza, confortando i deboli, portando nelle famiglie che visitano quotidianamente, al letto dei malati, negli ospedali, nelle campagne, la parola della fede che rianima e riscalda, che persuade e conforta, che accende gli animi e li rende capaci di affrontare i più duri sacrifizi, che la guerra impone, in nome della patria e della libertà.

Confido che i medici ferroviari, che dettero esempio di abnegazione, di coraggio, di civili virtù, nelle più dure calamità che afflissero in questi ultimi tempi la patria, sapranno con fede sicura negli alti suoi destini portare parole di conforto nobili e solenni in mezzo alle popolazioni e dare esempio di forza, di coraggio, di ferma resistenza, onde l'Italia esca vittoriosa anche dalla nuova sventura.

Facciamo tutti il nostro dovere; urge che la patria sia salva!

Il presidente generale: CASCIANI.

I Medici di Genova. — Aderendo all'invito del Commissario Prefettizio dell'Ordine prof. C. Poli, si sono riuniti alla sede sociale numerosi sanitari. La Direzione della Sanità Militare era rappresentata dal colonnello dott. Gandolfo e dal maggiore dott. Audisio.

Dopo aver portato il saluto dell'Assemblea ai Colleghi dell'Ordine caduti gloriosamente sul campo dell'onore e ai medici friulani, il Commissario Prefettizio tracciò per sommi capi il programma d'azione della istituenda sezione ligure dell'Unione dei Medici italiani per la resistenza interna; azione da esercitarsi sia nel secondare l'opera della Sanità Militare, sia per confortare, a vantaggio della popolazione civile, ogni iniziativa di assistenza.

La viva discussione che ne è seguita è terminata colla votazione del seguente ordine del giorno, proposto dal dott. Amoretti:

«I Medici di Genova..., altamente compresi della gravità dell'ora e delle impellenti necessità che ad essa si connettono;

si dichiarano tutti pronti ad assecondare l'azione delle Superiori Autorità Militari e Civili nei provvedimenti che esse crederanno più opportuni;

promuovendo ed effettuando la più attiva ed assidua propaganda per tenere alto lo spirito pubblico, affinchè l'eco della concorde fermezza del Paese giunga ai valorosi combattenti e li conforti nel raddoppiato eroismo per la liberazione del sacro suolo d'Italia;

e proponendosi di dirigere tutta la loro azione morale in seno alla popolazione affinchè ognuno concorra con la maggiore larghezza e con la più fervida energia a tutte le inizative e le opere intese ad alleviare le conseguenze materiali e morali del tragico momento;

proclamano la loro più incrollabile fede nei radiosi destini d'Italia e nel definitivo trionfo delle alte idealità per le quali essa è scesa in campo;

e mandano all'armata un commosso saluto vibrante di fervida speranza, pieno di sicurezza nella immancabile vittoria».

I presenti decidevano di nominare una Commissione presieduta dal prof. Enrico Morselli, incaricata di escogitare e di organizzare tutte quelle provvidenze che le circostanze rendono oggi o che potranno rendere necessarie per il raggiungimento degli scopi dall'assemblea indicati.

Veniva subito aperta una duplice sottoscrizione, sia a favore dei profughi friulani, sia per attuare le prese deliberazioni; ed ambedue davano ottimi risultati.

I medici liberi esercenti di Roma. — L'Associazione fra i medici liberi esercenti di Roma, in un appello agli inscritti, dice: «Nell'ora grave in cui con i destini della Patria sono in giuoco i valori ideali che formano i più recenti, ma anche i più preziosi acquisti del mondo civile, noi, medici, che viviamo a contatto delle famiglie, che penetriamo nelle abitazioni di ogni classe sociale, non possiamo limitarci a l'opera sanitaria abituale. Spetta a noi far suonare alta la nota del dovere del momento, incutere spirito di tolleranza per le inevitabili contrarietà, tenace proposito di resistenza, massima disciplina e concordia. Non chiediamo abiura alla propria fede politica e religiosa, facciamo solo riflettere quale enorme regresso subirebbe l'umanità se gl'Imperi Centrali riuscissero nell'attuale lotta vittoriosi. Affermiamo recisamente che *non può essere destinato a dominare il mondo, a dettar legge a gente di ogni paese, chi, per carpire la vittoria, non rifugge dalle più obbrobriose forme di crimine, servendosi pure della nostra arte salutare per seminare stragi e morte*».

Ordine dei medici della provincia di Roma. — Il Consiglio dell'Ordine dei medici, nella sua ultima seduta, commemorati i colleghi defunti e specialmente il dott. Siracusa, caduto sul campo di battaglia, e il prof. Ballori, tragicamente spento, ha inviato il suo più fervido saluto ai colleghi che si trovano alla fronte con l'esercito che difende il suolo della Patria. E, per venire, in qualche modo, efficacemente in aiuto ai colleghi profughi, ha dato incarico alla Presidenza di adoperarsi presso le pubbliche amministrazioni perchè tali colleghi siano assunti in servizio per eventuali posti di supplente. Ha stabilito poi di intensificare la sua propaganda presso gli iscritti nell'Albo, affinchè portino il loro contributo alla sottoscrizione già iniziata dal Consiglio Federale a favore dei medici e delle loro famiglie colpiti dai danni della guerra.

L'Ordine dei medici della provincia di Napoli ha indirizzato al Prefetto una lettera in cui lo si prega di far noto all'amministrazione dell'Ordine «se

nella città di Napoli si trovino profughi appartenenti a famiglie sanitarie del Friuli, indicando le località e il loro rinvenimento, affinchè si possa loro apportare quell'aiuto morale e materiale, che l'attuale momento richiede».

Gli studenti di medicina e chirurgia della R. Università di Torino hanno inviato all'on. Berenini, ministro della Pubblica Istruzione, un telegramma in cui dicono: «La classe degli studenti nella nuova era italica ha serbato integre, ingigantite le grandi tradizioni del Risorgimento. Gli studenti divenuti ufficiali dell'esercito combattente hanno inquadrate e dirette le schiere dei coltivatori dei campi, dei lavoratori delle officine e sono caduti ai primi posti di combattimento, fedeli al dovere, animando con la fiamma dei loro giovani cuori i soldati d'Italia».

ATTI PARLAMENTARI.

Ufficiali medici al fronte.

All'on. Faelli, l'ex ministro della guerra generale Giardino rispondeva quanto appresso:

«L'avvicendamento dalla prima alla seconda linea è stato concesso al prudente arbitrio delle Direzioni di sanità d'Armata e di Corpo d'armata, poichè esse posseggono gli elementi di fatto per concedere un turno di riposo agli ufficiali medici che siansi trovati in posizioni più disagiate e più esposte ai pericoli.

«Ben si comprende come detto provvedimento venga attuato nei limiti consentiti dalle condizioni difficili date:

dalla deficienza di personale disponibile idoneo alla prima linea;

dalla necessità di dovere inquadrare nuovi reparti di truppa o rimpiazzare i vuoti derivanti dal rimpatrio dei medici anziani;

dalle esigenze di servizio talora impreviste ed infine dalle operazioni belliche, non essendo certo consigliabili spostamenti di personale alla vigilia di grandi azioni.

«Fino al giugno ultimo scorso si era ritenuto di non concedere l'avvicendamento se non a quegli ufficiali che avessero compiuto almeno dagli otto ai dieci mesi di servizio continuativo nella prima linea.

«Nel giugno però veniva emanata dalla Intendenza generale S. S. P. la circolare 7872, la quale stabilisce che l'avvicendamento fra gli ufficiali medici dei corpi avanzati e quelli degli ospedali e servizi della seconda linea, deve effettuarsi a turno di sei mesi.

«Contemporaneamente è stato disposto a mezzo dei direttori di sanità perchè in base alla suddetta circolare si provveda ad un turno incessante del personale medico dipendente, che per età ed altre condizioni, non ha ancora diritto di essere avvicendato in zona territoriale.

«L'Intendenza generale colla guida degli elenchi avuti dalle Armate circa il servizio prestato dagli ufficiali medici inferiori, esercita il necessario controllo sulla attuazione dell'avvicendamento».

Servizio sanitario delle condotte.

Ad una interrogazione dell'on. Dore l'on. Bonicelli ha così risposto:

«Affinchè non venga interamente a mancare il servizio sanitario nei comuni, dove i titolari delle condotte mediche furono assunti in servizio militare prima del decreto 12 novembre 1916, provvedono il regolamento 13 aprile 1911 e i decreti luogotenenziali 22 agosto 1915, numero 1311, e 21 aprile 1916, n. 469.

«Invero, mentre per effetto del decreto luogotenenziale 22 agosto 1915 è stata data facoltà ai prefetti di provvedere di ufficio alla nomina di medici interini nei comuni che fossero rimasti privi di assistenza sanitaria, in virtù del regolamento 13 aprile 1911 sono stati dichiarati esenti dal servizio militare i medici da considerarsi unici in un comune o frazione di comune a termini delle norme espressamente sancite, e finalmente, per effetto del decreto luogotenenziale del 21 aprile 1916, che estendeva l'obbligo del servizio militare ai medici nati dal 1875 al 1870 e chiamava a nuova visita i medici riformati nati fino al 1876, sono stati esentati dalla chiamata alle armi coloro fra i sanitari che, essendo alla dipendenza di pubbliche amministrazioni, fossero dichiarati insostituibili nel servizio civile dalle speciali Commissioni istituite a termini dell'articolo 5 del decreto stesso; nonchè tutti i sanitari dipendenti dalle Amministrazioni predette che, pur essendo stati chiamati alle armi precedentemente, fossero poi divenuti inabili alle fatiche di guerra e fossero stati egualmente dichiarati indispensabili al servizio civile dalle Commissioni.

«A raggiungere lo scopo concorre anche il decreto luogotenenziale 27 giugno 1915, n. 1026, che concede facoltà al Governo di intervenire, con la concessione di sussidi, a favore dei comuni più bisognosi per metterli in grado di assicurare con la nomina d'interini il servizio sanitario eventualmente venuto a mancare per il richiamo alle armi dei medici condotti».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7053) *Indennità caro-viveri.* — Dott. V. M. da P. — In forza dello articolo 1° del D. L. del 26 luglio p. p., n. 1181, agli impiegati comunali aventi stipendio inferiore alle lire 1500 annue è dovuta la somma di lire 30 mensili come indennità caro viveri. A Lei, che gode lo stipendio di annue lire 800, compete, pertanto, la suddetta somma di lire 30 mensili.

(7054) *Pensioni.* — Dott. O. M. da P. S. G. — Per rispondere al quesito da Lei formulato occorre che lo ripeta indicando l'età che avrà quando lascerà il servizio per chiedere l'indennità che Le spetta.

(7055) *Inscrizione alla Cassa pensioni.* — Dott. N. D. P. da M. del S. — Il farmacista, che non sia stipendiato comunale, non può essere inscritto alla Cassa di previdenza dei medici condotti, così come testualmente deducesi dallo articolo 1° del D. R.

2 gennaio 1913, n. 453, che approva il testo unico delle leggi sulle Casse pensioni.

(7056) *Tassa di Ricchezza mobile.* — Dott. G. L. da C. — I medici che per capitolato hanno diritto di percepire lo stipendio al netto della tassa di R. M. non hanno del pari diritto di ricevere l'indennità caro-viveri con detrazione di detta tassa, giacchè l'indennità in parola non è stipendio ma bensì una speciale corrisponsione che si misura su quello ma che non ne forma parte integrale avente finalità propria quale quella di alleviare il peso derivante dallo aumentato costo della vita in questo eccezionale momento. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 4049:

Nell'applicazione delle dispense si tiene il massimo conto del decreto luogotenenziale del 12 novembre 1916.

Le dispense e gli esoneri sono poi richieste dalla Autorità prefettizia che, per l'Amministrazione militare, rappresenta la sola autorità competente a giudicare della indispensabilità o meno dei medici nei comuni.

Al dott. M. S. da G.:

Gli assegni che il Comune deve pagare per i due primi mesi di servizio al collega ora chiamato alle armi nulla hanno a che vedere con le competenze che spettano al medico militare che è venuto a sostituirlo, e che debbono, naturalmente, essere completamente versate dalla Amministrazione militare.

A tali assegni si deve aggiungere naturalmente l'indennità caro-viveri e quello in compenso dell'attendente.

Al dott. G. B. da G.:

Si può presentare ricorso al Ministero della guerra per il prescritto tramite gerarchico.

All'abb. n. 4058:

Se il collega è stato giudicato a Firenze idoneo *a servizio incondizionato* il Ministero non potrà tener conto della sua domanda di prestar servizio in zona territoriale.

Data la sua idoneità incondizionata, e la sua anzianità, è da ritenere che gli verrà conferito il grado di capitano.

All'abb. n. 8270:

Per legalizzare il certificato basta il bollo ed il visto del comandante del Presidio.

All'abb. n. 9007:

Appartenendo il collega alla Croce Rossa, anche se non idoneo a incondizionato servizio può aspirare alla promozione al grado di capitano.

Occorre però che l'autorità militare territoriale dalla quale dipende (Distretto) ne faccia proposta al Ministero dopo aver raccolto le relative informazioni dal Comando mobilitato presso il quale il collega prestò servizio in zona di guerra.

Al dott. G. J. da M.:

Le nomine ad ufficiale medico effettivo avvengono sempre in seguito a concorso, per il grado di tenente. Al concorso possono partecipare tutti indistintamente i medici che abbiano i requisiti richiesti (meno di 32 anni di età, ecc.).

Per gli ufficiali di complemento o di Croce Rossa non vi sono disposizioni speciali che consentano un passaggio diretto al Corpo degli effettivi. Occorre quindi che anche essi partecipino al concorso al grado di tenente, quando è indetto.

La domanda, per via gerarchica, va accompagnata da un rapporto dell'autorità comandante il Corpo presso il quale essi prestano servizio.

All'abb. n. 1234:

Essendo il Corpo dei medici militari considerato come Corpo *non combattente*, vigono per le promozioni di esso le stesse regole che disciplinano quelle dei Corpi amministrativi.

Esse non ammettono alcuna promozione per i detti ufficiali in zona territoriale, e ne consentono *solo una* in zona di guerra. Per tali ragioni il collega non può esser promosso che per i titoli prescritti dalla circolare 734 del G. M. 1916, oppure per distinzione speciale (art. 5 circ. 752 id.).

M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Medico-chirurgo cinquantaduenne, fornito certificati Ospedali e Cliniche di Roma con lungo lodevolissimo servizio di condotta, cerca interinato o supplenza in residenza comoda senza campagna, preferibilmente non molto distante da Roma. Dirigere offerte cav. Pesci, piazza della Consolazione, n. 91, Roma.

Medico-chirurgo anziano, militesente, disponibile da dicembre p. v., cerca buon interinato di lunga durata, preferibilmente con possibilità di futura stabile residenza. Scrivere dettagliatamente Farmacia E. Tomassini - S. Benedetto del Tronto (Ascoli-Piceno).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giuseppe Gradenigo, ordinario di clinica otorino-laringoiatrica, è trasferito, col suo consenso, dalla R. Università di Torino alla R. Università di Napoli.

Il prof. Pietro Albertoni, ordinario di fisiologia, è incaricato dell'insegnamento di clinica medica presso la R. Università di Bologna.

Al prof. Valente Lorenzo, della Facoltà medica, di Sassari, è conferito il titolo di *Professore Emerito*.

Il prof. Nicolai Vittorio è nominato, in seguito a concorso, straordinario di Clinica otorinolaringoiatrica, a Pavia.

L'abbonato dott. Angelo Arcidiacono da Catania, via Rapisardi, chiede informazioni del fratello dott. Arcidiacono Salvatore, sottotenente medico al 222° Ospedale da Campo, II Armata, di sede a Buttrio, provincia di Udine.

NOTIZIE DIVERSE

Per la Patria.

Hanno immolato la vita sul campo:

FRASSETTO dott. ARTURO, da Milano; partito volontario al principio della guerra, fu promosso tenente medico effettivo per merito di guerra e proposto per una medaglia al valore;

gli aspiranti medici:

PERNIGOTTI GIULIO, da Alzate Brianza (Como), colpito da una scheggia di granata mentre assisteva un soldato ferito;

VENZA ANTONIO, da Palermo, anch'egli nell'adempimento della sua missione.

Per malattie contratte al fronte o per infortuni di guerra hanno perduto la vita in servizio della Patria i dottori:

CHIRICO ESIODO, da Roma, tenente medico;

CARUSO ANGELO, capitano medico, chirurgo negli Ospedali di Napoli;

DI BAIA NICOLA, capitano medico, chirurgo negli Ospedali di Napoli;

SAVONUZZI EZIO, da Ferrara, tenente medico;

SIGHICELLI CELSO, da Bizzozzero (Como), maggiore medico della C. R. I., già comandante della 45ª Sezione di Sanità e poi dell'Ospedale di Guerra n. 20.

Sezione Fisioterapica a Genova.

Il 1° novembre si è inaugurata all'Ospedale militare chirurgico «Giuseppe Garibaldi» di Genova una sezione di Fisioterapia, con apparecchi per la kinesiterapia, la foto- e termoterapia, la elettroterapia, ecc.

Il Direttore dell'Ospedale, maggiore prof. G. Lusena, ha avuto l'intendimento di dotare l'Ospedale stesso di un siffatto impianto, che a diversità di tutti gli altri simili, deve servire alla cura funzionale dei militari feriti durante la loro degenza per le cure chirurgiche. In questo modo, in tutti i casi in cui è possibile, procede di pari passo il compimento della guarigione chirurgica ed il ripristino della funzione.

Assistevano alla inaugurazione le Autorità Militari, il senatore prof. Novaro ed altri professori universitari, numerosissimi ufficiali medici.

Il prof. Lusena potè mostrare ai presenti numerosi casi di militari feriti, i quali lasceranno l'ospedale guariti delle loro ferite e coi loro arti in tutto o in gran parte già funzionanti.

L'impianto fisioterapico completo venne offerto da alcuni cittadini benefici.

È da sperare che impianti simili, anche non molto grandiosi, possano istituirsi in tutti gli Ospedali chirurgici. In tal modo i grandi centri fisioterapici da poco fondati per cura del Ministero della Guerra in varie città riceveranno infermi con disturbi funzionali non gravissimi e soprattutto non consolidati, per i quali ogni opera dello specialista diverrebbe inefficace.

Di un accidente stradale è morto a Parigi il prof. ALBERTO DASTRE, che copriva la cattedra di fisiologia alla Sorbona, nella quale era succeduto a Paolo Bert.

Tra i suoi lavori, importantissimi sono quelli sulla fisiologia del sistema nervoso vascolare e sulla nutrizione e sulle funzioni del fegato.

In collaborazione con Morat, egli scoprì la funzione vaso-dilatatrice del simpatico, dimostrò che è generale e ne studiò la sistematizzazione; precisò il compito dei gangli e propose una teoria sul meccanismo delle azioni vaso-dilatatrici, basata sull'inibizione, la quale è rimasta classica.

Realizzò per la prima volta l'elegante esperienza della fistola coledoco-intestinale nel cane e mostrò il partito che può trarsene per lo studio della digestione e dell'assorbimento dei grassi.

Le sue ricerche sulla fisiologia del fegato lo hanno condotto a rivedere la conoscenza delle funzioni biliari, a precisare la natura ed i caratteri dei pigmenti epatici, a stabilire l'esistenza della funzione «marziale», a definire il compito della glandola epatica nell'elaborazione e nell'evoluzione del grasso.

Scoprì e studiò il diabete asfittico.

I suoi lavori sui nervi del cuore, sugli anestetici, sul lavaggio del sangue, sui fermenti solubili, hanno pure fornito dati interessanti.

In questi ultimi tempi si era consacrato allo studio della fisico-chimica.

Artista della parola, ha pubblicato molti articoli di volgarizzazione ed il volume «La vie et la mort» che contribuì a diffondere tra le persone colte i progressi più importanti e più recenti della fisiologia.

Era presidente della «Société de Biologie».
Contava 72 anni.

Indice alfabetico per materie.

Alimentazione del soldato ed economia nazionale . . . . Pag. 1422
Arsenico: volatilizzazione fermentativa » 1419
Atti parlamentari . . . . » 1426
Autolesione: nuova forma (noduli sclerotici sottocutanei da sostanze inassorbibili) . . . . » 1407
Bacino: cura delle fratture e delle lussazioni . . . . » 1410
Dieta ospedaliera senz'alcool . . . . . » 1413
Dovere (Un) . . . . Pag. 1424
Morte improvvisa . . . . » 1420
Obbligatorietà di atti operativi e cloroformizzazioni nell'Esercito . . . . . » 1421
Scheda biografico-clinica del soldato ferito o infermo in guerra . . . . . » 1419
Servizi sanitari: pronto soccorso chirurgico avanzato . . . . » 1405
Suppurazioni della pleura: trattamento » 1420

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. POZZI, resp.

Anno XXIV. Roma, 2 dicembre 1917 Fasc. 49.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Enrico Morselli: Il dovere dei medici italiani nell'ora presente. Consigli e proponimenti. — **Osservazioni cliniche:** U. Carpi: Ferite penetranti del torace e loro cura. — **Note e contributi:** G. Boschi: Per una modificazione al collo della divisa militare. — **Divagazioni:** G. Galli: La fuga nella malattia. — **Accademie, Società mediche, Congressi:** Società Medica Chirurgica di Bologna. — Società Medico-chirurgica di Modena.
Appunti di medicina pratica: CASISTICA E TERAPIA: L'eredità sifilitica paterna. — Intorno alla sifilide dello stomaco. — L'arsenobenzolo nelle sifilidi cardiovascolari. — **Medicina sociale:** G. Mendes: Rieducazione funzionale nelle lesioni organiche del cervello. — **Igiene:** L'alimentazione delle truppe di terra italiane. — **Posta degli abbonati.** — **Cenni bibliografici.**
Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari.** — Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie. — **Risposte a quesiti e a domande.** — **Nomine, promozioni ed onorificenze.** — **Notizie diverse.** — **Indice alfabetico per materie.**

Il dovere dei medici italiani nell'ora presente.

Consigli e Proponimenti

del prof. ENRICO MORSELLI,
Direttore della Clinica delle malattie nervose e mentali di Genova.

Nell'ora tragica che la nostra Patria ha attraversato sul finire di ottobre, i medici di Liguria e Lombardia presero la iniziativa di costituire una « Unione dei medici italiani per la resistenza nazionale », e a Genova e a Milano si è cominciato un utile lavoro di propaganda per tenere alto il tono sentimentale della popolazione mettendo a profitto le relazioni della classe sanitaria con tutte le altre. La sera del 12 corr. novembre, quale Presidente della Sezione Ligure della Unione, io ho tenuto una conferenza per svolgere il tema su accennato; e sono rimasto assai soddisfatto quando ho veduto che il mio uditorio non comprendeva soltanto numerosi e stimati colleghi della città e della provincia, ma che una vera folla di persone estranee alla medicina era accorsa ad ascoltare ciò che i medici si propongono di fare nell'ora presente.

Non vi è dubbio alcuno che di fronte alle necessità del momento la classe medica non abbia un magnifico programma di lavoro: noi dobbiamo renderci degni delle tradizioni storiche della nostra casta, la quale attraverso i tempi ha sempre esercitato una influenza sociale di primo ordine. Volendo passare in rassegna i nostri doveri dell'ora, possiamo convincerci che ne abbiamo tali e tanti, da potere ognuno di noi, nella cerchia individuale della professione e nella estrinsecazione personale della attività sua, contribuire ad accrescere e a mantenere la resistenza morale del Paese davanti al pericolo che lo minaccia.

Un primo gruppo di questi doveri è verso noi stessi.

Dal fatto che la classe medica fa parte della così detta « eletta sociale », essa deve in questo momento servire di esempio per la calma, la fiducia, la fermezza di volere. Che tutti i medici facciano un esame di coscienza e veggano se, oltre al contributo arrecato ai bisogni sanitarî dell'Esercito, dell'Armata, della popolazione, abbiano anche saputo agire moralmente sul proprio animo e su quello delle tante persone con cui hanno quotidiani rapporti. Dominarsi ed insegnare agli altri a dominare ogni incertezza, ogni timore, è dovere di una classe che sa quanto il morale possa influire sull'agire per la Vittoria.

La professione medica ci impone poi una serie di doveri importantissimi per la concorde resistenza del Paese. Non basta che i medici prestino l'opera loro quali rappresentanti dell'arte sanitaria, — e i medici italiani hanno dimostrato uno zelo esemplare sacrificandovi vita, agi, salute —; occorre che essi aiutino la Patria a utilizzare tutte le forze individuali. Anzitutto, non dobbiamo incoraggiare colla nostra commiserazione lo sviluppo dei piccoli malesseri che ci vengono esponendo i clienti allo scopo di esagerarli quali cause di inidoneità al servizio militare. Non rilasciamo certificati di malattia e di infermità, che importino la sottrazione di nessuno agli obblighi militari, se non in casi ben precisati e sicuri. Non cediamo alle raccomandazioni che ora, sopratutto per parte delle madri, delle mogli, delle amiche di nostri clienti, ci perseguitano ed infastidiscono.

Ricordiamoci che i nostri metodi di esame possono influire sui pazienti, non solo acuendo ed alimentando la loro paura del male, ma inconsapevolmente suggestionandoli per la creazione di molte sindromi morbose, specialmente di carattere nevro-psichico. E al cospetto di coloro che ci si presentano in ambulatorio, o che abbiamo occasione di curare negli ospedali, non facciamo prognosi infauste e neppur riservate, ogni qualvolta non ci siano strettamente imposte. Proponiamoci di non rilasciare certificati medici ai militari per bisogni di licenze prolungate, se non quando in realtà il paziente ne abbia stretto bisogno.

Ai medici addetti ad ospedali militari o militarizzati, spetta ora più che mai il dovere di abbreviare le degenze, e di anticipare la evacuazione dei convalescenti. Essi non debbono ritardare il loro giudizio diagnostico e medico-legale ogni qualvolta sia richiesto. È dovere dei medici sarà di agire subito, energicamente, con tutti i mezzi curativi atti ad abbreviare le malattie tanto spesso esagerate o protestate o, purtroppo, simulate; specialmente importante è che essi facciano della abile e pronta psicoterapia sui minori mali, sulle piccole ferite, contusioni, commozioni: si è veduto in questa guerra quale importanza spetti al morale sullo stato fisico dei belligeranti.

Uscendo dalla cerchia strettamente professionale, i medici hanno un terzo gruppo di doveri, che io direi intellettuali: e questi ci derivano dalla coltura della nostra classe su tutto ciò che può riguardare il tenore di vita della popolazione, a cominciare dalla alimentazione.

Possono i medici esercitare un'azione vastissima sulla economia dei consumi, poichè avendo accesso in tante famiglie essi debbono combattervi i troppi pregiudizi correnti intorno al modo di nutrirsi. Conviene che il medico cerchi di distruggere il pregiudizio sulla soverchia quantità che i più credono necessaria, di alimenti, giovandosi degli ultimi dati della scienza che hanno molto diminuito il fabbisogno dell'organismo. Così sono false le idee correnti sulla alta quota di azoto che serve alla salute, sulla quota e qualità dei cibi che servono al lavoro; false le idee sulla eccellenza della carne, sulla inferiorità della vittitazione vegetale, sulla poca assimilabilità del pane bigio; erronee in gran parte le idee degli stessi medici sulla troppo allargata utilità della iperalimentazione, nonchè quelle sui bisogni fittizî di carne, zucchero, ecc., in certi casi morbosi.

Dobbiamo dimostrare e convincere che la sobrietà è una forza; che il mangiar poco non ha mai impedito a popolazioni intere, nutrite di solo riso, o di orzo, o di solo pan nero, o di polenta, di lavorare e di prosperare. Non rilasciamo dunque attestati di bisogni esuberanti delle derrate divenute rare per tutta la Nazione; e non sdegniamo di rivolgere la nostra attenzione alla cottura ed al condizionamento dei cibi secondo norme di sana dietetica e di

economia famigliare; insistiamo sull'utilità di una completa masticazione, ed occupiamoci un po' di più della dentatura dei nostri clienti. Quale guida in questa campagna alimentare possiamo prendere il bel libro recente del primo fisiologo d'Italia, Luigi Luciani. E cerchiamo di allearci la donna, cui spetta dirigere l'azienda domestica.

Sempre in ordine alla parte intellettuale della medicina, la classe medica può proporsi ampie linee di azione sociale: da noi debbono partire molte delle iniziative che mirano a togliere di mezzo le cause di debolezza fisica e psichica della popolazione. Dobbiamo rendere più intensa in questi momenti la crociata contro l'alcoolismo: dobbiamo esigere dalle Autorità che siano chiusi o ridotti o con forti tasse colpiti gli smerci di bevande alcooliche di bassa lega, le quali avvelenano il corpo e pregiudicano lo spirito. Combattiamo specialmente fra le classi operaie ed agricole il pregiudizio che l'alcool dia forza ai muscoli e sostegno alla energia di lavoro: al più, possiamo concedere una dose mite di vino in ragione della sua trasformazione in calorie e della sua azione sulle funzioni gastriche.

Ma oltre alla lotta antialcoolica che già si è iniziata lodevolmente nel Paese, ce ne è un'altra di attualità che il medico può condurre senza esulare dalla sua sfera, ed è quella contro le cause di inutile o dannoso eccitamento, le quali a loro volta favoriscono la diffusione di mali gravissimi. Alludo alla necessità di rendere i costumi nostri più austeri, affinchè le giovani generazioni non consumino delle loro forze corporali e spirituali in soddisfazioni del senso.

Qui la classe medica può e deve esigere dalle Autorità molte misure e provvidenze che gioveranno ad impedire lo sperpero di forze morali nelle popolazioni. Non solo dobbiamo domandare la abolizione dei mercati di prostituzione, che nei maggiori centri si mascherano sotto apparenze di eleganza, ma inoltre possiamo consigliare che vengano regolati i costumi, che vengano moralizzati tutti gli spettacoli, affinchè non solo siano intonati alle necessità dell'ora, ma cessino dal costituire stimoli alla licenza ed alla indifferenza morale. Possono pure i medici contribuire alla repressione del lusso sfacciato e provocatore dei più bassi sentimenti ed istinti. A tutta questa elevazione della vita nazionale nei costumi, nelle consuetudini, nelle esteriorità, i medici debbono contribuire appunto perchè sanno quanto grande sia la efficacia della salute fisica, della parsimonia, della continenza, del riposo dei sensi e della mente sulle energie psichiche dell'individuo, e, per conseguenza, sulla resistenza della popolazione alle cause di avvilimento ed alle suggestioni nemiche interne ed esterne.

Che se la Medicina, ricca di una nobile tradizione, dev'essere un sacerdozio per la Civiltà e per il Progresso, tanto è maggiore l'obbligo nei suoi cultori di sentirsi in quest'ora elementi e fattori sociali di energia: donde una ultima serie di doveri morali.

Grande indubbiamente sarà la parte che spetterà ai medici Italiani nella rinnovazione igienica ed anche indirettamente economica del Paese pel dopo-guerra: ma l'opera dei sanitari non deve attendere quei momenti, anzi fin d'ora essere assidua e larga. In contatto colle popolazioni, il medico deve fare propaganda per la organizzazione civile; — spronare i clienti delle classi ricche a dar molto, a dare sempre; — incoraggiare le classi lavoratrici nella spesa vieppiù forte delle loro energie, nel risparmio sugli alti salarii, e nella tolleranza per le inevitabili privazioni dell'ora; — spiegare a tutti che la volontà può essere in ognuno di noi aiutata, rinvigorita con uno sforzo incessante di coscienza; — opporsi, massime nelle campagne e fra il popolo minuto, a tutte le armi dissolventi usate dai pusillanimi, dai pessimisti, dai nemici interni; — contribuire ad elevare il tono neuropsichico in tutti i cittadini; — spronare le Autorità, il Governo, a rendere l'azione loro più energica, più rispondente alle supreme esigenze della salvezza e dell'onore della Patria.

Questo il programma che a nome della Unione dei Medici per la resistenza interna io ho svolto nella mia conferenza; ma, certo, non ritengo di avere saputo trattare tutti i punti, sui quali può spiegarsi la attività della classe. Ad ogni modo, i medici Italiani non verranno meno al còmpito che su di essi incombe, e sull'esempio dei colleghi di Milano e di Genova sapranno collegare ovunque le loro forze e lavorare per il Paese anche fuori della cerchia professionale strettamente intesa. A prova di che, valga la « Dichiarazione » già pubblicata nel *Policlinico* (fasc. 47, p. 1401), che i medici milanesi hanno per primi formulata, che è promessa di attività vigorosa, ed alla quale noi, medici di Liguria, ci siamo associati con sentimento di fervido patriottismo.

Genova, 20 novembre 1917.

Pubblicheremo prossimamente:

G. MORUZZI e B. GHEZA, *La cura delle ferite settiche con una soluzione zuccherina di acido lattico.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ferite penetranti del torace e loro cura.

Note pratiche desunte dalla casistica di guerra dell'Ospedaletto da campo N. 125. (Luglio-Dicembre 1915).

Prof. U. CARPI,
Maggiore medico, docente di Clinica medica nella R. Università di Pavia.

La cura delle ferite penetranti del torace costituisce uno degli argomenti più degni di studio e nei quali la condotta del medico non può dirsi ancora esattamente definita. Ciò non dobbiamo attribuire alla mancanza dei principii informatori di una razionale terapia delle lesioni del torace, quanto piuttosto al fatto che nella pratica tali principi sono trascurati o dimenticati. Le lesioni del torace costituiscono un campo comune all'azione del medico e del chirurgo, nel quale tuttavia l'azione del chirurgo deve essere diretta da una particolare preparazione clinica e semiologica che non può esser di competenza che del medico specializzato. E ci spieghiamo come nei trattati di chirurgia di guerra il capitolo della terapia delle ferite penetranti del torace sia esposto in modo vago e incompleto e come nessun trattato di medicina di guerra si curi di esporre chiaramente la sintomatologia e di discutere la terapia delle lesioni del torace.

Vari lavori sono comparsi nella letteratura degli eserciti belligeranti, in questi tre anni di guerra europea, sulle ferite penetranti del torace; lavori di casistica e di terapia, che riflettono, per lo più, nella disparità dei concetti, in parte la disparità delle condizioni nelle quali le osservazioni furono raccolte, in parte quella degli indirizzi che dominano in materia di terapia delle lesioni del torace. Non è nostro compito di discuterne in questa breve nota che intende esclusivamente di riportare, come furono raccolti, nella loro semplice obbiettività, appunti e considerazioni di casistica. Sono note raccolte durante sette mesi di servizio nell'ospedaletto da campo 125 che io ebbi l'onore di dirigere dal giugno al dicembre 1915 sulle linee avanzate dell'Isonzo colla collaborazione dei colleghi prof. Masera, dottor Albertario, dott. Patrizi, dott. Monti, aspirante medico Dami. Motivi indipendenti dalla mia volontà mi impedirono di riordinare prima di ora le mie osservazioni che dovevano servire di traccia ad una pubblicazione esauriente sull'argomento.

Le esporrò riferendo i dati statistici più interessanti e meglio atti ad avvalorare le conclusioni alle quali la mia esperienza mi ha condotto.

* * *

Premetto una considerazione d'indole generale che ha la sua portata pratica. Il numero non indifferente di lesioni cavitarie del torace che affluiva al nostro ospedaletto, destinato all'ospedalizzazione dei feriti bisognevoli di immediata assistenza e non trasportabili, mi dimostrò subito la necessità di disciplinare la cura di questi feriti, istituendo per essi un reparto speciale, nel quale compatibilmente coi mezzi a disposizione di un ospedaletto da campo, potessero attuarsi nel miglior modo quei provvedimenti curativi che il loro stato richiedeva.

La disposizione presa, che il collega prof. Masera attuò a sua volta per gli addominali, per i gravi traumi degli arti, per i cerebrali, mi mostrò di quanta utilità pratica sia, anche in un servizio di prima linea, la selezione dei feriti in speciali categorie che permettano un indirizzo di cura e di assistenza, per ciascuno, uniforme e razionale.

Il periodo di regolare funzionamento di questo reparto, data dal luglio al dicembre 1915. A questo periodo ho voluto limitare le considerazioni che sono oggetto di questa nota e che hanno, se non altro, il valore di riferirsi a casi accuratamente seguiti in condizioni di osservazione clinica relativamente favorevoli. I casi di lesione del torace così osservati sommano a 137. Essi meritano di essere considerati sotto i seguenti punti di vista:

Mortalità. — La mortalità da noi osservata è complessivamente del 28,4 %, mortalità che potrebbe apparire elevata a chi non consideri che il nostro ospedaletto accoglieva i feriti più gravi che i vicini posti di primo soccorso della sezione di Sanità ci inviavano direttamente durante i periodi di azione, e che le morti avvennero, per la maggior parte, in conseguenza diretta ed immediata delle ferite.

Un particolare interesse offre lo studio causale di questi esiti. Basterà prendere in considerazione i dati della seguente tabella che enumera i casi di morte specificandone le cause:

Mortalità su 137 casi di ferite toraciche
(semplici e complicate)
morti N. 39 (percentuale 28.4 %)

1° Morti per lesioni toraciche pure: casi N. 9 = 6.5 %

Natura della ferita	casi N.	Causa della morte	casi N.	%
1° Ferita aperta della parete (fistola toracica)	5	*a*) Infezione settica della pleura e del polmone. . .	3	2.1
		b) Emorragia esterna parietale . . .	2	1.4
2° Ferita toraco-polmonare chiusa.	4	*a*) Pneumonite del lato opposto. . .	2	1.4
		b) Ferita del pericardio: emopericardio	1	0.7
		c) Miocardite - Insufficienza miocardica	1	0.7

2° Morti per lesioni toraciche complicate da lesioni di altri organi: casi N. 30 = 21.8 %

Natura delle complicazioni	casi N.	Causa della morte	casi N.	%
1° Ferita penetrante nella cavità addominale.	19	Lesione dei visceri addominali (peritonite)	19	14.8
2° Lesione del rachide.	5	Meningo-mielite . .	5	3.6
3° Gravi e multiple lesioni degli arti.	6	*a*) Emorragia grave (shok)	3	2.1
		b) Infezione settico-gangrenosa . .	3	2.1

L'interesse di questi dati statistici sta nella dimostrazione che la massima mortalità (21,8 per cento) dei feriti toracici si verifica per la concomitanza di altre lesioni viscerali e in ordine di frequenza, di lesioni addominali (14,5 per cento), vertebrali (3,6 %) e degli arti (5,7%), mentre la mortalità per lesioni toraciche pure è relativamente limitata (6,5 %) e riferibile a complicazioni dirette delle ferite. Le mie constatazioni si avvicinano a quelle di alcuni autori più recenti: citiamo a caso il Remond e il Glenard che constatarono una mortalità del 5,45 %, il Gulekes che ebbe il 5,33 %. Altri autori danno mortalità più elevate: così il Tillaye 9,6 %, il Rotter 12,12 %, l'Augè 19 %, il Maisonnet 20 %, il Lemaitre 19 %. Il Morelli avrebbe constatato una mortalità del 25 % per ferite del polmone; e il Bastianelli ebbe una mortalità del 24 %.

Nei miei casi di ferite penetranti del torace, come causa di morte dobbiamo mettere in prima linea le fistole toraciche, per asportazione di porzioni più o meno estese della parete con formazione di pneumotorace aperto e infezione settica della pleura e del polmone (3 casi), ovvero con emorragia parietale non suscettibile di essere frenata a causa della breccia della parete toracica (2 casi).

In un caso alla ferita seguì un processo rapidamente mortale di gangrena del polmone. Sarebbero così 6 i casi nei quali la morte può ritenersi legata più o meno direttamente alle lesioni del polmone (4,2 %). Negli altri casi la morte è dovuta a processi di pneumonite complicante del lato opposto, di insufficienza miocardica, di lesione del pericardio con versamento ematico.

*
* *

Sintomatologia e decorso delle ferite del torace.

Il decorso generale dei casi di ferite del torace può considerarsi relativamente benigno. Il grado di benignità delle lesioni è particolarmente dipendente dalla natura del proiettile feritore. Ed in ordine di benignità dobbiamo passare in rassegna:

1° le ferite da pallottola di fucile; 2° ferite da pallottole di schrapnell; 3° ferite da scheggia di granata o di bomba.

1° *Le ferite da pallottola di fucile* sono le più benigne. Il proiettile, a parete liscia, di calibro limitato, può, a seconda della sua forza di penetrazione, attraversare la parete toracica arrestandosi in cavità pleurica senza ledere il polmone, per la tendenza che questo ha a retrarsi su sè stesso per la propria elasticità; oppure può attraversare a tutto spessore il polmone fuoruscendo dalla parete opposta. Può anche, con minor frequenza, il proiettile arrestarsi nel parenchima polmonare. Si tratta comunque in ogni caso, di ferite quasi sempre asettiche: esse sono seguite dalla comparsa di un emotorace traumatico, al quale si associa di regola un pneumotorace, complicazione che è per sè stessa fattore favorevole all'emostasi spontanea, ed al processo di riparazione delle ferite del polmone.

Il pneumotorace è, secondo le mie osservazioni, sintoma costante di penetrazione del proiettile in cavità pleurica siavi o non concomitante ferita del polmone.

In tutti i miei casi, di ferita penetrante in cavità, ho riscontrato presenza di pneumotorace più o meno voluminoso, associato ad emotorace. La penetrazione d'aria in cavità toracica, quando non vi sia lesione del polmo-

ne, si produce dall'esterno, all'atto della ferita, per aspirazione di aria, nell'ambiente di decompressione pleurica, attraverso al foro di entrata del proiettile per effetto della pressione atmosferica. La rapida chiusura della ferita fa sì che di regola questo pneumotorace sia di volume limitato e tenda ad un rapido riassorbimento, che può essere totale in capo a 4-5 giorni. Ciò spiega il disparere dei vari autori sulla presenza o meno di pneumotorace nei feriti toracici, anche se non si voglia attribuirlo al fatto che la constatazione di un pneumotorace limitato può sfuggire ad un esame affrettato od eseguito in condizioni di ambiente sfavorevole.

Quando vi sia contemporanea lesione del polmone il decorso è alquanto differente: è di regola la produzione di un pneumotorace voluminoso, con tendenza ad aumentare di volume, spesso accompagnato da enfisema sottocutaneo, talora da enfisema sottopleurico.

Ho osservato qualche caso di enfisema sottocutaneo o sottopleurico imponente in feriti nei quali la lesione del polmone si era prodotta in sede di salde aderenze pleuriche preesistenti che ostacolavano la produzione di un pneumotorace completo.

Raggiunto il massimo volume, il pneumotorace mostra di regola la tendenza al riassorbimento, ma può anche riprodursi, sebbene il più delle volte la compressione che esso esercita sul polmone sia sufficiente a determinare la chiusura della piccola ferita polmonare in un periodo di tempo relativamente breve (10-15 giorni).

L'emotorace merita pure di essere brevemente esaminato come sintoma delle ferite penetranti del torace. E' un sintoma che non manca mai: quando non esiste possiamo escludere che la ferita, anche se presenta i due fori di entrata e di uscita, sia penetrante in cavità.

Il versamento di sangue nel cavo pleurico può essere prodotto da ferite dei vasi intercostali o sottopleurici, o da quelli del parenchima polmonare. Esso può essere di volume vario: ordinariamente non è molto voluminoso ed è mobile. Può dirsi esista un rapporto fra volume del versamento e quello del pneumotorace. Casi con versamento scarso si associano di regola a pneumotorace voluminoso, casi di versamento copioso ad un piccolo pneumotorace. Di regola il versamento ematico tende a riassorbirsi: e in qualche caso il riassorbimento è completo in capo a 15-20 giorni.

In un caso ho osservato, dopo un periodo di stabilità del versamento, in coincidenza della fase di riassorbimento del pneumotorace, un rapido aumento del versamento accompagnato da elevazione della temperatura. Una puntura esploratoria dimostrava che il versamento da ematico puro era divenuto siero-ematico e che l'emotorace si era complicato con una pleurite reattiva.

Altro sintoma frequente delle ferite penetrante in cavità è l'*emottisi*. Qualche sputo ematico si può osservare anche in casi di semplice contusione della parete, o di ferite penetranti senza lesione del polmone, ma una vera e propria emottisi si verifica quando la ferita ha leso il polmone. Il 38 % dei feriti da me osservati, presentò vera emottisi. L'emottisi può ripetersi nelle prime ore che seguono alla ferita, poi scompare di regola completamente, ciò che deve riferirsi all'avvenuta emostasi per compressione del polmone da parte dell'emo-pneumotorace conseguente alla ferita. Anche il carattere dell'espettorato ha rapporto con queste modificazioni: l'emottisi che segue immediatamente alla ferita è costituita da sangue fluido recente, mentre le successive emissioni sono costituite da coaguli sanguigni in via di organizzazione, spesso a forma di tappo. Però l'emottisi può ricomparire ad una data più o meno lontana da quella della ferita, e ciò particolarmente in casi nei quali il proiettile sia ritenuto in tessuto polmonare. Sono casi che meritano particolare attenzione dal lato terapeutico e sui quali diremo in seguito. Comunque la ricomparsa tardiva dell'emottisi deve farci presupporre la riapertura delle lesioni polmonari in seguito a mobilizzazione del polmone ferito.

Un sintoma molto frequente, che può aversi anche in mancanza di emottisi ma che è indice dell'avvenuta lesione dei vasi polmonari, è, nelle ferite penetranti del torace, la comparsa di *focolai* numerosi *di aspirazione a carattere broncopneumonico,* alla base del polmone illeso (nel 24 % dei casi di mia osservazione). Sono focolai il più delle volte sterili che non dànno reazione febbrile, ed hanno la tendenza alla risoluzione spontanea. Essi possono tuttavia essere il punto di partenza di focolai di pneumonite infettiva grave: due dei miei casi sono venuti a morte per tale complicazione.

Il comportamento della temperatura merita pure un cenno. Temperature subfebbrili sono di regola anche nei casi a decorso più favorevole. La semplice raccolta ematica è capace di provocare reazione febbrile. La comparsa di elevazioni brusche della temperatura con carattere persistente a tipo continuo o remittente, deve sempre far pensare ad una complicazione settica (pneumonite-empiema).

Da parte dell'apparato cardio-vascolare dobbiamo ricordare la frequenza colla quale si osservano, nei feriti toracici con emo-pneumoto-

race, fenomeni di dilatazione del cuore destro e la facile comparsa di rumori di insufficienza relativa della mitrale, di aritmie, di extrasistoli, che stanno a denotare da un lato lo squilibrio della circolazione polmonare in rapporto colle alterazioni prodotte dalla ferita, dall'altro lo stato di depressione miocardica preesistente, in molti di questi feriti, al trauma.

2° *Le ferite da pallottola di schrapnell* offrono già una benignità di decorso più limitata. La forma irregolare del proiettile può produrre ferite a margini irregolari della parete toracica, può essere causa di lacerazione del polmone quando il proiettile penetri in cavità e di ritenzione del proiettile in cavità stessa; quando il proiettile determini una ferita canalizzata completa, il foro d'uscita può risultarne ampio e irregolare e assumere i caratteri di una vera *fistola toracica*. E' questa una complicazione di eccezionale gravità. La breccia della parete toracica ha per conseguenza il costituirsi di un pneumotorace aperto e anzitutto di una facile via di infezione. L'emorragia dei vasi della parete, che è comunissima, costituisce, in tali condizioni una complicazione gravissima che non trova nelle naturali condizioni della lesione alcuna possibilità di emostasi spontanea. Molti feriti muoiono dissanguati, quando manchi loro un pronto e razionale intervento che ottenga la chiusura della fistola parietale e trasformi il pneumotorace aperto in pneumotorace chiuso. Se si tratta di lesioni di vasi superficiali potrà esser fatta con successo una legatura, e ove questa non sia attuabile, giova il tamponamento della ferita. Se è ferito il polmone, l'esistenza contemporanea di una fistola della parete e di una ferita canalizzata del polmone comunicante col lume bronchiale, condiziona il passaggio di aria, durante i movimenti respiratori, attraverso alla ferita polmonare e, mentre si oppone al collasso completo del polmone, impedisce l'emostasi della ferita. In tali condizioni è di indicazione assoluta la chiusura della breccia toracica. Ove non sia opportuna la sutura della ferita, sarà sufficiente la sua chiusura, previo zaffamento a bottone mantenuto in posto con l'applicazione di striscie di cerotto embricato, che ottengono l'elisione della comunicazione esterna della ferita. Ciò è possibile s'intende per aperture non molto estese, quali sono appunto quelle prodotte da un proiettile di *schrapnell*.

La trasformazione del pneumotorace da aperto in chiuso offre la facilità di rifornire artificialmente il pneumotorace e di mantenere l'elisione della ferita polmonare.

Io ho perduto due feriti del torace giuntimi in gravi condizioni, per dissanguamento avvenuto attraverso la ferita. In altri che potei curare seguendo i criteri sopra esposti ebbi la guarigione.

3° *Ferite da scheggia di granata*. — Sono le ferite più gravi. Se si tratta di piccola scheggia il loro comportamento è analogo a quello di un proiettile di *schrapnell*: è però più comune la loro ritenzione in cavità. Le grosse scheggie di granata che colpiscono la parete toracica determinano lesioni estese delle parti ossee e gravi alterazioni reattive degli organi toraco-addominali. La morte può avvenire per *schok*. L'asportazione di porzioni della parete toracica con apertura della pleura è accidente grave che porta di conseguenza l'infezione della cavità pleurica: e se si associa lesione o anche solo contusione del polmone non sono rari i processi settici o gangrenosi di questo organo che conducono a morte il paziente. L'emorragia dei vasi parietali può essere causa di morte per dissanguamento.

Dei miei feriti, tre vennero a morte in seguito a ferita da scheggia di granata, con ampia apertura della parete e empiema settico rapidamente susseguente (in un caso, complicato da gangrena del polmone).

*
* *

Diagnosi. — Sulla necessità di un'esatta diagnosi delle lesioni prodotte all'atto di una ferita penetrante nel torace, insistiamo in modo particolare. I dati sin qui esposti, per quanto risentano delle condizioni di osservazione di un servizio di guerra improvvisato, credo possano servire se non altro a mettere in rilievo di quanto interesse pratico sia la precisa valutazione dei sintomi che un ferito toracico offre all'esame, dipendendo da essi l'indirizzo fondamentale della cura.

Rivedendo queste note, dopo due anni da che furono raccolte, noi ripetiamo quanto allora riferivamo in una breve relazione al nostro Direttore di Sanità: « esser necessario che i feriti del torace siano accolti in appositi reparti, diretti da medici particolarmente esercitati alla finezza della semiologia toracica, al corrente coi procedimenti più moderni di terapia delle lesioni respiratorie e forniti di tutti i mezzi di esame sussidiario. La collaborazione del chirurgo per tutti gli interventi di carattere strettamente operatorio, essere pure indispensabile al funzionamento di tali servizi ».

*
* *

Prognosi. — Dopo quanto abbiamo sin qui esposto, la prognosi delle ferite penetranti del torace, considerata nei riguardi delle pure lesioni toraco-polmonari, escludendone quindi le

ferite complicanti dell'addome, degli arti, del rachide, ecc., è relativamente favorevole, *quoad vitam*. Nella statistica da me presa a base di questa breve nota, i casi di lesione toracica pura, decorsi favorevolmente sommano a 98 su una totalità di 107, con una percentuale quindi del 91,6 %. Un maggior riserbo merita il giudizio *quoad valetudinem*.

La valutazione dei postumi delle lesioni del torace è questione delicatissima nei rapporti della idoneità al servizio dei militari presunti guariti ,e che richiederebbe una particolare ed esauriente discussione. Essa presume la valutazione particolareggiata dei postumi organici e funzionali della lesione polmonare. Il problema è strettamente legato non solo alla natura ed al decorso delle lesioni ma particolarmente alla condotta della terapia. L'esposizione delle norme terapeutiche da seguire nelle ferite del torace offrirà più chiari elementi di giudizio su questo argomento.

* * *

Terapia. — Il compito della terapia deve adattarsi alle varie modalità di lesione offerte dai feriti del torace. Nelle ferite canalizzate da proiettile di fucile o di *schrapnell*, senza ritenzione, non infette, con emo-pneumotorace in atto, il riposo assoluto, una terapia sintomatica e aspettante costituiscono l'indicazione immediata.

Il collasso del polmone mantenuto dalla raccolta emo-pneumotoracica è per sè stesso elemento efficiente di cura immediata. Da alcune autopsie in casi di ferite toraco-addominali ho potuto accertarmi che il processo di riparazione delle ferite del polmone non infette avviene rapidamente sicchè può ritenersi completo nel corso di pochi giorni (10-15 giorni). Ma è evidente che la terapia aspettante non può applicarsi a tutto il decorso della cura. Abbiamo già osservato come il pneumotorace da ferite del torace abbia spesso tendenza a riassorbirsi. Dato che il periodo di compressione che esso esercita sul polmone ferito sia sufficiente ad ottenere la riparazione della lesione, come ci comporteremo di fronte al versamento ematico che è complicazione costante di queste lesioni? La presunzione di una spontanea chiusura della ferita polmonare non deve farci dimenticare che gli esiti di un versamento pleurico, lasciato a sè stesso, comportano gravi e irreparabili alterazioni funzionali respiratorie, che solo una terapia razionale permette di evitare.

Noi non possiamo a questo riguardo che richiamare i classici insegnamenti che da oltre un ventennio il nostro venerato maestro Carlo Forlanini (Forlanini. *Contribuzione alla terapia dell'empiema pleurico.* Policlinico (Torino) 1890), ha enunciato per la terapia dei versamenti pleurici e lamentare che, all'infuori degli allievi che ne appresero da Lui l'applicazione, tali insegnamenti non siano ancora oggi nella pratica sufficiente intesi e seguiti.

Sin dal 1890 Forlanini affermava il precetto fondamentale « che il versamento debba essere estratto per intero, ciò che è possibile ottenere associando l'evacuazione di esso alla introduzione nella pleura di un gas indifferente ».

Nel caso speciale della pleurite con pneumotorace, che ha più stretta attinenza colle lesioni toraciche di cui ci occupiamo, Forlanini raccomanda poi « che l'evacuazione del versamento e l'introduzione del gas debbano essere regolate in modo che sia mantenuto nel cavo pleurico quel regime di pressione che meglio convenga al processo di riparazione delle lesioni polmonari.

Una rapida riespansione, anche parziale del polmone per l'estrazione di un versamento, avrebbe sui processi di riparazione, gli stessi effetti disturbanti del riaprirsi delle labbra di una ferita medicata. L'estrazione del liquido e l'introduzione del gas debbono essere nel tempo e nella misura regolate in modo che nella cavità pleurica avvengano le minori variazioni possibili della pressione ».

Questi i concetti che riportiamo letteralmente da Forlanini (*Le Pneumothorax Therapeutique.* Appunti per la toracentesi nel pneumotorace artificiale, 1914, n. 1-2) e che noi riteniamo debbano far legge nel campo delle ferite polmonari (1). A queste norme abbiamo ispirato la condotta terapeutica nei casi di lesione toracica con emo-pneumotorace.

Nei casi di lesione semplice asettica del polmone senza ritenzione del proiettile, ho ritenuto sufficiente, dopo un periodo di osservazione, di evacuare il versamento ematico completamente, sostituendolo con aria filtrata. Il più delle volte questo semplice intervento, che prolunga il collasso del polmone ed impedisce gli effetti dannosi del riassorbimento spontaneo del versamento, realizza le condizioni ideali

(1) Ricordiamo di avere, alcuni anni or sono, assistito ad una lezione di Forlanini nella quale il maestro ha illustrato un caso di ferita da arma da fuoco penetrante nel torace con lesione del polmone ed emotorace. Discutendo ampiamente le indicazioni terapeutiche Egli affermava la necessità di evacuare il versamento conservando ad un tempo il collasso polmonare, ciò che era possibile ottenere praticando la toracentesi con sostituzione di aria filtrata e rifornendo successivamente il pneumotorace per il tempo richiesto dalla guarigione della lesione polmonare.

della guarigione. Sulla tecnica della toracentesi con sostituzione di aria filtrata non ci dilunghiamo. Esiste l'apparecchio di toracentesi a questo scopo ideato da Forlanini, semplice e di facile uso: in una bottiglia di Woolf, portante all'estremità superiore il tubo di innesto del trequarti e un'apertura con un filtro per il passaggio di aria, si pratica una camera d'aria di volume sufficiente, provocando un battente d'acqua che dalla parte inferiore della bottiglia viene, per mezzo di un tubo, aspirata in un'altra bottiglia identica, posta ad un piano inferiore. Manovrando l'apparecchio in aspirazione esso serve per estrarre il liquido pleurico, mentre invertendo il battente si può ottenere la compressione nella pleura del gas contenuto nella camera superiore, in quantità voluta. Il Morelli applicando i concetti di Forlanini nella cura delle ferite del polmone, ha recetemente modificato l'apparecchio di toracentesi eliminando la bottiglia di manovra ed ottenendo l'aspirazione del liquido e l'immissione del gas per mezzo di un siringone che si fa funzionare in un senso o nell'altro, manovrando un rubinetto a tre vie innestato sul tubo che porta il trequarti.

Nei miei casi, date le particolari condizioni nelle quali mi trovavo, in un ospedaletto di guerra avanzato, provvisto di un semplice apparecchio di Potain, ho dovuto improvvisarmi un istrumentario che rispondesse allo scopo di svuotare il versamento sostituendolo con gas. E mi son servito, per l'aspirazione del versamento, dell'apparecchio di Potain e per l'immissione di gas, di un apparecchio di pneumotorace improvvisato servendomi di due coppie di tubi da ipodermoclisi sovrapposti e riuniti in basso così da formare le due branche di un tubo ad U che ricorda molto da vicino l'apparecchio di Pneumotorace di Forlanini: ho intercalato, al tubo di gomma che porta l'ago di iniezione, un manometro di controllo. Ho potuto così, nei casi ove mi parve opportuno, rifornire collo stesso apparecchio e mantenere per un certo periodo di tempo il pneumotorace. Il mantenimento a lungo del pneumotorace è, a mio giudizio, di stretta indicazione nei casi nei quali *vi sia ritenzione del proiettile in cavità e si presuma che esso sia penetrato nel polmone.*

In simili condizioni la mobilizzazione precoce del polmone è causa di riapertura della ferita, della ricomparsa di emottisi anche gravi e spesso della formazione di focolai suppurativi o gangrenosi del polmone. E' noto come spesso proiettili o piccole scheggie che penetrano in cavità, portino con sè brandelli di abiti o di biancheria che infettano la ferita. La cura di questi casi deve essere quella di svuotare il versamento sostituendolo con un pneumotorace capace di immobilizzare il polmone e di ottenere l'elisione della lesione, analogamente a quanto si praticherebbe per la cura di un ascesso del polmone col pneumotorace artificiale.

Seguendo questi criteri noi potremo eliminare quei postumi tardivi e incresciosi che spesso ci offrono le ferite penetranti del torace che richiedono interventi demolitivi da parte del chirurgo e compromettono in modo permanente la funzionalità del polmone colpito.

Concludendo noi dovremo riassumere così i precetti di terapia delle ferite toraco-polmonari: 1° Lo svuotamento del versamento ematico sostituendolo con gas è il solo procedimento atto ad assicurare la riparazione definitiva delle ferite polmonari e la *restitutio ad integrum* della funzionalità respiratoria nel polmone ferito. — 2° Il mantenimento del pneumotorace secondo le norme terapeutiche è di regola nei casi nei quali il proiettile sia ritenuto in cavità e presumibilmente nel polmone. Esso permette poi, coll'esame radiologico, un più preciso procedimento di ricerca del proiettile ritenuto in cavità ed offre la possibilità di un giudizio sicuro nell'eventuale indicazione di un *intervento* chirurgico. (Da Gradi).

Queste mie brevi note, anche se tardive dopo la discussione che l'argomento ebbe nel Congresso di Bologna (marzo 1917) e in recenti pubblicazioni (Morelli, Da Gradi, Varisco, Alessandri, Longo, Muggia), non giungono intempestive. Esse documentano i primi atti di una terapia di diretto intervento nelle ferite del torace durante l'attuale campagna e portano un contributo di fatti e di considerazioni che non possono non interessare i cultori di questo ramo di terapia che è pura affermazione di tradizioni cliniche nostre.

NOTE E CONTRIBUTI.

Per una modificazione al collo della divisa militare.

Dott. prof. GAETANO BOSCHI,
Maggiore medico, dirigente l'Ospedale militare neurologico Villa del Seminario presso Ferrara.

In una delle Riunioni medico-militari di Ferrara e Rovigo istituite dalla Accademia delle Scienze mediche e naturali di Ferrara, il 29 ottobre 1916, io ebbi a proporre «*che dall'Assemblea partisse un voto per la adozione di una divisa militare che più rispettasse la libertà del collo del soldato, sul tipo di quella dei soldati inglesi o dei marinai*» (1).

La proposta, approvata alla unanimità, fu trasmessa agli organi competenti.

Motivavo la mia mozione richiamando il rilievo da me fatto di frequentissimi fatti basedowistici nei malati di guerra. Tale rilievo io avevo enunciato già nel novembre 1915 in una seduta dell'Accademia medica di Ferrara, presentando una comunicazione dell'allora mio assistente dott. Modena (2).

Nella citata Riunione del 29 ottobre 1916 osservavo pertanto come il collo della nostra divisa militare tenda ad esercitare una costrizione dei vasi e della ghiandola tiroide, una ghiandola specifica nel *surmenage* emotivo di guerra. Per la sua stessa estetica, il collo della nostra divisa richiede di essere piuttosto attillato. Quando poi il soldato protenda la testa all'innanzi, sopratutto quando sia in posizione prona, allora l'asse del suo collo non è più coincidente con quello del collo della giubba; il piano di quest'ultimo interseca il cilindro costituito dal collo del soldato (schematicamente possiamo attribuirgli questa figura geometrica) secondo una sezione ellittica; onde il collo della giubba si trova a dover contenere una estensione, quella compresa dalla linea ellittica, maggiore di quella di prima, compresa dalla circonferenza proiezione della ellisse.

Compressione della parte anteriore del collo si compie anche allorquando la testa sia portata a sporgere in avanti e in basso.

E l'aumento della costrizione dei grossi vasi del capo alla loro base, e della tiroide, per i suddetti atteggiamenti e movimenti, viene a compiersi proprio quando gli organi disturbati dalla costrizione stessa sono in istato di iperattività, per l'attenzione e l'emozione; e contemporaneamente l'organismo si trova, con probabilità, particolarmente labile causa i disagi della guerra. Quanto possa esser deleterio questo combinarsi di stimoli anormali è facile argomentare pensando alla somma di dette cause nocive, meccaniche, biochimiche e psichiche; e pensando alla influenza nefasta, palesataci da ricerche sperimentali, che suole essere esercitata dalla simultanea azione di *svariate* cause patogene: il risultato patologico loro è superiore a quello corrispondente alla somma delle varie entità patogene associate.

Fortunatamente per la igiene, nei momenti più movimentati il collo della giubba è spesso tenuto slacciato... E ciò pure dovrebbe consigliare un tipo di collo che più obbedisse alle naturali indicazioni e sapesse conciliare le esigenze della libera movimentazione e della salute colla correttezza disciplinare dell'abito.

La libertà completa del collo non è nemmeno controindicata nella stagione fredda. Sento gli otorinolaringoiatri raccomandare che non si aggrevi il collo di copertura: ciò impedisce infatti la ginnastica termoregolatrice e predispone alle facili infreddature.

Meglio mi sono convinto della opportunità di ripetere queste idee, avendo veduto che Amar (1), esponendo all'Accademia delle Scienze di Parigi un suo studio sulla origine e sulla profilassi del colpo di calore, diceva che una abbondante ventilazione polmonare, distruggendo le tossine da fatica, preserva dal colpo di calore; per cui consigliava profilatticamente, fra le altre cose, vestiti senza collo nè cravatta.

Io credo che la divisa ideale, da questo punto di vista, sia quella dei marinai. Ma penso pure che un collo di camicia di flanella risvoltato possa adottarsi senza inconvenienti, se sia prescritto basso e largo. Il carattere dimesso di questo particolare dell'indumento così fatto consente la massima ampiezza senza pregiudizio della estetica. Il collo della giubba poi dovrebbe essere del tutto basso, risvoltato e aperto sul davanti.

(1) Atti delle Riunioni med. mil. istituite dalla Accademia di Ferrara, fasc. II, 1916.

(2) Atti dell'Accademia di Ferrara, 1915-16.

(1) *La Presse méd.*, 1917.

Nota sulle bozze. — Sono lieto di vedere che da qualche mese è stato adottato un tipo di divisa conforme a questi criteri nei Riparti d'assalto.
G. B.

Pubblicheremo prossimamente:

M. ANDREOTTI, *La precarietà del cosidetto anofelismo senza malaria.*

DIVAGAZIONI.

OSPEDALE MILITARE DI SANTA MARTA IN ROMA.

La fuga nella malattia

per il prof. GIOVANNI GALLI,
Direttore del Riparto per cardiaci.

Se ogni medico non deve trascurare la psiche dei malati, anche nella pratica borghese, tanto più deve tenerne calcolo in quella militare, poichè questa conoscenza ha interesse diagnostico e prognostico non indifferente e costituisce un elemento, tutt'altro che trascurabile, per l'efficenza dell'esercito. Col progredire della guerra si è andata facendo manifesta una deviazióne psichica, più o meno precoce, più o meno diffusa nei diversi eserciti, che oltre suscitare interesse scientifico ha provocato anche l'intervento, non ancora sufficiente, delle autorità militari. Questa manifestazione psichica ha preso diversi nomi; gli autori germanici, che l'hanno osservata anche nel loro esercito, dove la disciplina è pur così rigida, l'hanno chiamata: fuga nella malattia, che esprime assai bene tale sindrome psichica; altri l'hanno nominata: desiderio della malattia. Gli inglesi la chiamarono *defence-neurosis*. Questa neurosi di difesa va sproporzionatamente allargandosi, minora l'efficienza degli eserciti ed è quindi necessario studiarla per poter prendere posizione contro di essa.

Si incontra la *defence-neurosis* così nei semplici soldati, come nei graduati, sia feriti o no, provenienti dal fronte o dalle zone territoriali. Nei militari, che furono nel mezzo della mischia, e tanto più se feriti, se ne comprende con facilità la genesi. « Una corrente sub-cosciente » scrive un autore inglese « continua a scorrere in questi nevrotici, che dice loro, come il ristabilirsi in salute significa il ritorno all'inferno, dal quale sono sfuggiti ». Senza che si tratti proprio di una corrente, come scrive il collega inglese, il fatto si è che in questi militari si forma una psiche tale che il disturbo di funzione, la paresi, la neuralgia, il disturbo di motilità, ecc., insorti per ragione di guerra, vengono custoditi, e tenuti cari, come l'àncora di salvezza, che salvaguarda dal ritorno nei flutti del combattimento.

Pei militari non feriti e che mai furono al fuoco, la fuga nella malattia trova la genesi nei racconti e nella letteratura di guerra, ma sopratutto nella vista dei feriti negli ospedali, nel timore di danni economici, ecc., tutti momenti che si impiantano spesso su una costituzione neurotica, o psicopatica od egoistica e che trovano il pretesto apparente in piccole manifestazioni morbose nella vita borghese, per lo più trascurabili. Quando anche queste non esistono, vengono provocate ad arte, per mezzo di auto-lesioni, di intossicamenti volontari (caffeina, tiroidina, tabacco) e così via.

Io limito la descrizione al campo da me coltivato; anche questo presenta materiale interessante ed istruttivo. Ogni volta che un militare entra nel mio reparto, io ho già un criterio del suo stato psichico, ponendo questa semplice domanda: Cosa vi sentite? ».

Il vero cardiopaziente, che soffre, e la cui psiche si concentra per forza di cose sulle manifestazioni subiettive reali della malattia, risponde, nè sempre prontamente: « Mi sento affannato » oppure « non posso lavorare, mi viene l'affanno », oppure *tout court* « mi sento male ». Il paziente invece che coltiva ed accarezza la sua malattia vera o no, risponde di solito prontamente: « deperimento organico e cardio-palmo » oppure « insufficienza mitralica » oppure « miocardite » oppure « un soffio al cuore ». Un soldato, tanto istruito, quanto poco volenteroso, mi rispondeva d'un sol fiato: « Deperimento organico, insufficienza mitralica, catarro gastrico, sciatica ». Un altro, andava ripetendo ad infermieri e compagni: « Io sono un vero museo anatomico », un altro ripeteva « sono un pezzo patologico ».

La diagnosi si è fissata nella psiche di questi militari e fa passare in seconda linea i disturbi. Non bisogna però credere che questa fuga nella malattia sia sempre un segno di viltà. Pur colle migliori intenzioni di fare il proprio dovere, alcuni militari si sono trascinati, sia dall'esempio, che dal lungo soggiorno negli ospedali. È nelle mani del medico di troncare energicamente queste deviazioni psichiche.

Alcuni fuggono nella malattia per timore della malattia. Anche nella pratica borghese si osservano individui profondamente preoccupati di un'ipotetica cardiopatia, di un aneurisma, di una lues, ecc., e che vengono guariti dal medico, che ispira fiducia, in una sola consultazione. « Si possono incontrare » scrive un altro autore « anche militari, che fuggono nella malattia ed i quali hanno compito realmente azioni eroiche e meritano la massima stima. Ma dal momento, che essi diventano nevrotici, non sono più eroi e chi li vuol curare, deve conoscere il meccanismo della neurosi ». Il pensiero dell'avvenire, il timore del futuro sono i cardini di questa fuga. Vi sono difatti due categorie di soldati, che non vengono attaccati da neurosi di guerra, e cioè i prigionieri di guerra ed i feriti gravi od i

malati gravi, per i quali l'inabilità alla guerra è assoluta e palmare.

Il lungo soggiorno negli ospedali, l'ambiente di famiglia colle troppe licenze, il cattivo consiglio ed il cattivo esempio possono provocare la fuga nella malattia anche di individui volenterosi e ligi al dovere. Talora questa fuga si ha in una malattia reale. Eccone un esempio:

Giovane di 23 anni, bracciante, robusto, è stato ferito al fronte. Il chirurgo si accorge che il cuore non è normale e manda il soldato nel riparto con diagnosi di insufficienza aortica. Questa lesione esiste in realtà. Il soldato dice di sentirsi benissimo e desidera ritornare al fronte. Però, dopo essere stato diverso tempo in un istituto per la rieducazione dei movimenti (il paziente era ferito ad una mano), giunto al Corpo, fa appello alla sua lesione aortica per essere riformato.

Il ritardo nel prendere i provvedimenti medico-legali, il passaggio da un ospedale all'altro, da una licenza al corpo e da questo di nuovo all'ospedale, per mesi ed anni, con diagnosi varianti e contradditorie, può spingere anche veri cardio-pazienti a fuggire in altra malattia, insussistente o ad esagerare sintomi cardiaci realmente esistenti. In questi casi si tratta un po' dello stesso fenomeno, osservato negli auto-lesionisti, i quali impiantano la lesione provocata su cicatrici su una parte del corpo precedentemente operata, o comunque coi segni di una pregressa malattia.

Io ho visto cardio-pazienti, con vizi valvolari organici, entrare nel riparto camminando per es. col bastone, o strascinando una gamba, od accusando dolori negli arti, o debolezza generale enorme, oppure in preda a tremori muscolari di tutto il corpo. Tutto ciò si era architettato nella loro psiche per provocare finalmente un provvedimento medico-legale.

Tutti questi malati possono venire staccati dal loro rifugio, già nella prima visita, quando il medico dopo avere fatto un attento esame, con decisione e fermezza dice loro: « Voi non siete malato, il tremore è volontario, la sciatica non esiste, non avete bisogno del bastone ». Io tengo per es. una piccola collezione di bastoni, provenienti da malati del riparto, smontandone la difesa di primo impeto.

Ma altro modo di fuga nella malattia potrebbe essere denominato « fuga nel soffio ». Questi militari sono venuti a conoscenza durante gli esami dei medici, o per altre vie, che nel loro cuore esiste un rumore, un soffio, e pur avendo una funzionalità cardiaca discreta, ed anche buona, si afferrano a questo sintoma e lo portano in giro come un talismano di sicurezza, richiamandovi sopra l'attenzione dei compagni e del medico. Quante volte ho sentito da malati, appena pervenuti nel riparto, questa monotona frase: « Mi hanno trovato un soffio nel cuore! ».

È nota la frequenza dei soffi cardiaci. Io sono veramente sorpreso della grande frequenza del soffio sistolico nella pratica militare. Questa osservazione è stata fatta anche da altri autori. Si tratta di soffi funzionali, con importanza clinica mediocre, e che non giustificano alcun provvedimento. Io ho già esposto in ripetute pubblicazioni questo mio punto di vista (1); non sono così draconiano come Sir James Mackenzie, che nega ogni valore clinico ai soffi funzionali, ma d'altra parte ho la ferma convinzione, che tutti questi portatori di soffi possono e devono essere soldati. Anzi vado più in là. Anche coloro che hanno vizi organici del cuore, con soffi costanti e permanenti, purchè posseggano una funzionalità cardiaca discreta, non devono essere eliminati dalle file dell'esercito, come prescrive l'attuale Elenco. Pur troppo anche la recente edizione dell'Elenco non si è liberata completamente del criterio anatomico, il quale deve venire in seconda linea, cioè dopo il criterio funzionale.

Io parlo in base all'esperienza, e pur troppo lo spazio limitato del periodico non permette di riferire esempi. Alla R. Accademia di Roma ho presentato nove militari, riformati per vizio mitralico, a termini dell'Elenco, e che nella vita borghese hanno continuato ad attendere alle loro occupazioni, anche pesanti e senza curarsi del vizio valvolare. Anche questi avrebbero potuto essere utilizzati nell'esercito, poichè questa è una macchina con ingranaggi di massimo attrito, ma anche con parti di minimo consumo, per cui ciascuno, pur anche anatomicamente non perfetto, può trovare nell'esercito posto adatto. Del resto chi possiede un corpo anatomicamente perfetto? Nel mio reparto io ho da molto tempo due infermieri ottimi, l'uno ernioso e l'altro mitralico, i quali fanno servizio esemplare.

Chi sa di avere un soffio nel cuore arriva, presto o tardi, alla riforma. Militari da me rimandati al Corpo, vennero da altri medici per ragione del soffio, o riformati o inviati in lunga licenza. Di questi militari, fuggiti nel soffio, ne ho visti più d'uno girare nella città, e

(1) *Il cuore dei soldati*, Policlinico, Sez. pratica, 1916. — *Esistono lesioni di miocardite acuta nella stanchezza di cuore?* Policlin., Sez. prat., 1916. — *Lesioni valvolari nell'esercito.* Riforma Medica, 1917, 21. — *Dell'insufficienza funzionale nei soldati.* Le mal. del cuore, 1917, III. — *Utilizzazione dei cardiaci in tempo di guerra.* Pensiero Med., 1917.

non sempre attendendo ad occupazioni utili, e diventando quindi a loro volta motivo di cattivo esempio e di fuga nella malattia.

Questa porta lasciata aperta alla fuga nel soffio, va chiusa, ed io non vedo altro modo, che modificando l'Elenco, come del resto è già avvenuto negli Elenchi delle altre nazioni belligeranti, in qualcuna già da anni (1). E ciò nell'interesse degli individui stessi, perchè, se è vero che una parte di questi sfuggiti al servizio militare, appena lasciata l'uniforme, guariscono *ipso facto* dei loro disturbi, è pur vero che una parte continua nello stato di preoccupazione. La fuga nella malattia si è convertita in un vero «chiodo psichico», che affligge e rende infelici questi individui, i quali nella riforma, o nella lunga licenza, trovano un argomento di conferma, che il loro cuore non funziona normalmente.

Esistono rimedi alla fuga nella malattia? Indubbiamente: in tesi generale facendo ognuno il proprio dovere e sradicando radicalmente la mala pianta delle raccomandazioni, cosicchè non sia neppure possibile il sospetto che una disposizione od un provvedimento non vengano dettati dalla massima giustizia, e dall'interesse generale; togliendo inoltre l'attuale facilità della fuga nella malattia coll'eccessivo soggiorno dei malati negli ospedali, che realmente si è generalizzato, col prendere colla massima rapidità i provvedimenti medico-legali, coll'intervento tempestivo delle commissioni di controllo e di giudizio, specialmente nel caso di auto-lesionisti, col più frequente sopra-luogo della 7ª Commissione, infine per il ramo speciale della cardio-patologia, istituendo centri di esame e di giudizio rapido e definitivo come si è fatto per la tubercolosi, e *last not least*, modificando l'elenco nel senso di dare maggiore importanza al criterio funzionale.

---

(1) L'«Elenco» della R. Marina nella sua ultima edizione (1917, 29 luglio) ha fatto un passo in avanti «ammettendo la compatibilità col servizio per gli ufficiali e sottufficiali con *vizi organici del cuore* e *grossi vasi*, purchè perfettamente compensati e purchè l'interessato dichiari di rinunziare ad ogni indennizzo in caso di peggioramento o di ogni altra eventuale conseguenza in rapporto all'alterazione cardio-vascolare». Come si vede è un passo prudente, fatto con calzari di piombo e con la massima cautela, ma che l'altra parte costituirà nel *post-bellum* un ulteriore argomento alla litigiosità dei cercatori di pensione, ai quali riuscirà possibile dimostrare la presenza di un soffio nel cuore. (Vedi: Galli, *Contributo alla revisione dell'attuale elenco delle infermità nei militari e negli inscritti di leva.* Policlinico, Sezione pratica, 1917).

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Comunicazioni scientifiche.

Della amputazione della gamba al terzo superiore.

Prof. G. ROCCHI. — Tratta la questione generale dei monconi e il quesito se il moncone deve adattarsi alla protesi o la protesi al moncone. Passando poi all'amputazione della gamba al punto d'elezione, mette in evidenza un errore stato compiuto sia presso noi sia presso i francesi al principio della guerra attuale. L'errore è stato nel considerare il punto di amputazione della gamba al terzo superiore, più alto di quello che veramente deve essere. Così da molti è stato fatto un corto moncherino, che, a guarigione completa, non è più atto a movimenti di estensione in causa delle retrazioni tendinee e delle aderenze formatesi. Si è perciò operato come nell'antico, quando il pilone semplice, grezzo, poco o niente costoso era l'apparecchio comunemente usato. Di tali amputazioni, anche per lesioni basse della gamba, è facile vederne nei recenti lavori sulle amputazioni e sulla protesi degli arti. Il pilone è una protesi ottima pel contadino e per l'operaio in genere. Ma odiernamente i mutilati dell'arto inferiore desiderano un arto artificiale. Ed allora per la buona applicazione di questo, il moncone della gamba deve soddisfare ai requisiti seguenti. Possedere la lunghezza massima; perciò deve scomparire dalla tecnica operativa il limite imposto dalla misura del così detto luogo d'elezione d'amputazione. Libertà dei movimenti dell'articolazione del ginocchio; per conseguenza è necessario opporsi alle retrazioni tendinee usando, ove occorra, la tensione passiva. Cono terminale bene imbottito di parti molli.

Ad un moncone che abbia i requisiti sopradetti si può applicare qualsiasi apparecchio di protesi, dai più moderni a quelli più antichi e semplici, come appunto anche il pilone articolato e anche il pilone grezzo se si tiene flesso il moncone. L'O. illustra i fatti con numerose proiezioni.

Le ferite d'arma da fuoco penetranti nel ginocchio

Dott. G. CAVINA (tenente medico dell'Ospedale di Guerra, n. 10). — Trattasi di una conferenza, nella quale parla estesamente di 104 casi di ferite del ginocchio, nelle quali tutte si potè con sicurezza vedere che la lesione interessava anche l'articolazione. Dei suoi 104 casi, in 8 si ebbe la morte, gli altri tutti guarirono e di essi 4 amputati alla coscia e 3 operati di resezione. Riferisce più particolarmente sopra 27, mostrandone fotografie e radiografie in notevole numero. Classifica le ferite, descrive il loro decorso clinico e commenta le molteplici questioni relative alla loro cura. D'importanza capitale si mostrò la immobilizzazione perfetta dell'arto, dal piede al bacino incluso mediante apparecchi gessati con anse per facilitare

la medicazione senza pregiudizio dell'asepsi e senza sofferenze dell'infermo. Quanto al decorso delle ferite, esso è generalmente asettico se esse provengono da pallottole di fucile, non così se causate da pallette di shrapnel, mentre invece l'infezione è quasi costante nelle ferite da scheggie di granata o da bombe a mano. Di fronte poi ad una artrite purulenta già conclamata, l'O. opina che il metodo di scelta sia l'artrotomia con incisioni pararotulee, e nei casi più gravi sia da tentarsi la resezione del ginocchio, prima di procedere alla demolizione dell'arto.

Tecnica della cranioresezione.

G. ROCCHI. — L'istrumentario elettrico, oggi perfezionato assai, è ritenuto dall'O. il meglio indicato per la cranioresezione, inquantochè produce il trauma operatorio minore. Egli è quindi molto soddisfatto della fraise di Kummel, che è ovalare con protettore a vite graduabile, e della fraise di Sudek con quattro intaccature ad angolo tagliente. Colla prima si fanno le aperture rotonde principali, colla seconda si incidono i ponti ossei che si trovano fra le aperture principali. Ma la fraise Sudek riscalda molto i tessuti per il grande attrito che produce, così che è necessario raffreddarli con un piccolo getto di soluzione sterile fisiologica; oppure anche, come fa l'O., usare prima una sgorbia ad angolo sui ponti ossei che trovansi fra le aperture rotonde, e quindi completare l'incisione dei ponti stessi colla fraise Sudek.

Radiografie di proiettile nel cuore.

G. ROCCHI. — Trattasi di un soldato che porta senza disturbi degni di nota una pallottola di shrapnel nella musculatura del ventricolo destro. La pallottola è entrata dalla regione laterale sinistra toracica, producendo emotorace leggero sinistro.

(Dalle comunicazioni pervenutemi in zona di guerra). Dott. GUIDO M. PICCININI.

Società Medico-chirurgica di Modena.

Seduta del 19 *giugno* 1917.

Il margine vertebrale della scapola: suo valore clinico, suo significato morfologico.

R. BALLI. — Riferisce intorno a ricerche anatomo-radiologiche eseguite su di un abbondante materiale per stabilire:

1° La forma del margine *rachion-metagonion* della scapola di individui sani e le percentuali con cui si presentano tali forme che risultano essere le seguenti: scapola a margine convesso, concavo, rettilineo, sigmoideo convesso, concavo, sigmoideo concavo-convesso, ondulato.

2° La forma del margine *rachion-metagonion* nella scapola di soggetti tubercolosi e le relative percentuali.

3° La ragione della forma del margine *rachion-metagorion* in genere ed in ispecie di quello concavo (cui il Graves ha dato il nome di scafoideo) attribuendo gli autori a tal margine scafoideo un altissimo valore clinico.

L'O. dopo di aver escluso in base a dati di fatto resultanti dallo studio comparativo delle scapole nei soggetti sani e nei tubercolosi l'alto valore clinico dato dagli autori alla scapola scafoidea, indaga se, per avventura, la ragione di codesto fenomeno possa vedersi nelle varie parti anatomiche costituenti la scapola, ed è perciò che egli prende in considerazione, nei due gruppi suddetti, i diametri *rachion-glenion, progonion-metagonion, rachion-metagonion* nonchè la corda e la saetta e gli indici della scapola, della poscapola, della postscapola, delle fosse spinose. Tali ricerche portano a conclusioni negative per un eventuale rapporto tra la forma del margine della scapola e le condizioni anatomiche della scapola stessa.

L'O. si domanda se, escluso tale rapporto, nonchè l'altro più sopra accennato della tara tubercolare, si possa ammettere a spiegare la forma del margine vertebrale della scapola, l'influenza muscolare è, più specialmente, quella del *m. rhomboideus major*.

Prima però di prendere in esame questa ipotesi, l'O. ha voluto stabilire quale sia la forma del margine vertebrale della scapola nella vita endouterina: che se fin da quest'epoca fosse risultato riscontrare forme diverse, l'azione muscolare non avrebbe potuto essere invocata; orbene, in tutti i soggetti (embrioni e feti) esaminati si è sempre visto tale margine a forma convessa. Ciò posto il margine della scapola deve modificarsi nella vita extrauterina: e il rapporto dimostrato in numerose ricerche, quasi costante, fra attacchi muscolari e margine vertebrale della scapola, prova che tale modificazione è dovuta principalmente all'elemento muscolare.

A riprova dell'influenza muscolare sull'elemento osseo l'O. presenta radiogrammi di scapole dove chiaramente si osserva tale influsso sull'orientamento delle trabecole.

Da tutto ciò l'O. conclude che senza togliere del tutto il valore clinico che taluni hanno attribuito al margine vertebrale della scapola, per le sue ricerche, viene questo di molto diminuito; invece a spiegare tali forme di margine vertebrale, prende il primo posto l'influenza muscolare.

Fanno osservazioni il prof. SPERINO e il prof. DONATI. Dott. GIUSEPPE STUFLER.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA E TERAPIA.

L'eredità sifilitica paterna.

Di questo vecchio argomento, ma sempre interessante e sempre purtroppo di pratica attualità, si occupa G. Lévy nel *Paris médical* (n. 32, 1917).

Secondo Gaucher la madre non è contagiata in tutti i casi di sifilide ereditaria ed esiste una eredità di origine esclusivamente paterna. In appoggio di questa sua teoria fornisce due categorie di prove:

a) Prove cliniche: Eccezioni alla legge di Colles (madre partoriente un eredo-sifilitico e che diviene sifilitica a mezzo di questo e dopo la sua nascita, contraendo, per esempio, una sclerosi al seno).

b) Prove serologiche: W. R. positiva nel bambino, negativa nella madre.

L'eredità sifilitica è dunque indubbia, e più frequente della materna.

Le sue conseguenze sono variabili e si possono dare diverse categorie di fatti:

1° Eredità virulenta, che si può produrre parecchi anni dopo la infezione. Sono bambini affetti da eredo-sifilide generalizzata; è l'eredo-sifilide secondaria di Gaucher. Può anche trattarsi di eredo-sifilide terziaria, precoce, o tardiva, primitiva, o consecutiva all'eredo-sifilide secondaria, e può comprendere tutte le lesioni cutanee, mucose, ossee, o viscerali della sifilide terziaria.

2° Esistono manifestazioni di eredo-sifilide quaternaria, rappresentate dalle lesioni parasifilitiche di Fournier, e di eredo-sifilide quintenaria, comprendente tutte le distrofie della sifilide ereditaria. Esse dipendono sovratutto da una eredità tossinica. E l'affezione, o la deformità, una volta stabilite, diventano ereditarie esse stesse: è per ciò, perchè sfugge la causa primitiva, che, secondo Gaucher, fu potuta negare la origine sifilitica di un gran numero di malattie.

3° In una terza categoria di fatti non è apprezzabile l'eredità speciale: sono bambini che non hanno che tare volgari, le quali non si possono riportare alla eredità sifilitica, che per una lunga osservazione di fatti consimili.

Infine l'eredità sifilitica non impedisce il contagio della sifilide e molti individui, nati da sifilitici, contraggono essi stessi la lues.

È dunque necessario trattare un sifilitico immediatamente prima del suo matrimonio, anche quando si è bene curato, anche se ha una W. R. negativa: sarebbe anche desiderabile che prima di ogni nuova procreazione seguisse un nuovo trattamento.

P. C.

Intorno alla sifilide dello stomaco.

Max Einhorn (*Medical Record*, 1916, n. 11), osserva che la sifilide dello stomaco, benchè di grande importanza pratica, è poco studiata nella letteratura medica. Perciò l'A. crede opportuno di esporre succintamente la storia di alcuni casi di sifilide gastrica caduti sotto la sua osservazione.

Ricorda dapprima un caso di tumore flogistico luetico dello stomaco, osservato da Siegheim, il quale mentiva i sintomi dell'epitelioma. In due casi del Myer fu riscontrato all'atto operativo nel primo un tumore inoperabile dello stomaco, e nel secondo un tumore epigastrico della grandezza di un pugno: ambedue cedettero alla cura antisifilitica. Leven riferisce due casi di stenosi pilorica di natura luetica, guariti completamente con la cura specifica; e ritiene che si debba di regola tentare prima la cura antiluetica tutte le volte che si debba intervenire per tumori dello stomaco.

Hausmann di solito ha osservato anacidità nei casi di manifestazioni gommose dello stomaco; i sintomi di ulcera associati con anacidità parlano in favore della natura sifilitica della lesione.

Comite descrive un caso di tumore sifilitico dello stomaco il quale riproduceva tutti i caratteri dell'epitelioma. Copelli riporta parecchi casi di sifilide dello stomaco, ed osserva che ogni affezione grave dello stomaco ribelle alla cura deve far sospettare la natura sifilitica della lesione.

L'A. descrive due casi di tumore sifilitico dello stomaco: è una forma clinica rara, ma molto importante, perchè simula perfettamente un tumore gastrico maligno.

Nel 1° caso si trattava di un uomo di 46 anni che da circa un anno accusava gastralgie durante la notte da quattro a cinque ore dopo cena, che duravano circa un'ora e cessavano con l'ingestione di cibi e di soluzioni alcaline. Egli non aveva mai avuto ematemesi nè melena. Negli ultimi mesi aveva perduto fortemente di peso.

Nella regione epigastrica sulla linea mediana fra l'apofisi esiforme e l'ombelico si pal-

pava una massa resistente della grandezza di circa un pollice e mezzo. L'esame del contenuto gastrico dava assenza di Cl libero, presenza di acido lattico, acidità totale uguale a 8, assenza di sangue. All'esame radioscopico fu fatta diagnosi di carcinoma del piloro.

Essendo stata fortemente positiva la reazione di Wassermann, il paziente fu sottoposto a cure mercuriali e salvarsaniche. Dopo qualche mese egli aveva riacquistato il suo peso primitivo, e si sentiva perfettamente bene. Digeriva benissimo ogni sorta di cibo. Nulla d'anormale risultava più all'esame fisico dell'addome.

Nel 2° caso il tumore si palpava nell'ipocondrio sinistro, e si estendeva dal margine costale a circa tre dita trasverse dall'arcata stessa. Le masse erano disuguali e dure alla palpazione. L'esame del contenuto gastrico dava assenza di acido cloridrico, presenza di acido lattico e di latte. L'infermo da circa 6 mesi accusava gastralgia e vomito. La reazione di Wassermann risultava negativa.

Praticata la laparatomia, si confermò diagnosi di tumori inoperabili dello stomaco; non fu possibile nè la gastrectasia nè la gastroenterostomia.

L'infermo sopravvisse all'operazione, ma continuò ad accusare le medesime sofferenze. Sottoposto a cura iodica, malgrado fosse negativa la W. R., cominciò subito a sentirsi meglio. Una cura specifica rigorosa fece sparire completamente il tumore e ridonò la salute al paziente.

I tumori sifilitici del piloro sono più frequenti di quelli dello stomaco. In un caso citato dall'A. la sindrome datava da tre anni con vomito frequente, ematemesi, gastralgia, deperimento generale, dilatazione dello stomaco fino alla sinfisi, presenza di un grosso tumore sulla regione del piloro, notevole ritenzione gastrica nelle ore del mattino a digiuno. La cura specifica iodio-mercuriale fece sparire ogni sintoma subiettivo ed obiettivo.

Molto frequenti sono anche i casi di ulcera sifilitica dello stomaco, che talvolta possono perfettamente simulare la sintomatologia dell'ulcera idiopatica.

D'altra parte vi sono frequentemente lesioni organiche dello stomaco in soggetti sifilitici ed indipendenti dal processo luetico coesistente. Talvolta la diagnosi differenziale della lesione è piuttosto agevole; tal'altra la singolarità della sindrome ed il decorso della forma clinica rendono incerto per lungo tempo il giudizio diagnostico.

Dall'esame di questi casi clinici l'A. conclude che non vi è nessun sintoma dell'epitelioma dello stomaco che non possa ripetersi nei tumori gommosi sifilitici di quest'organo, e raccomanda di non dimenticare mai la possibilità dell'esistenza di una gomma in ogni caso di diagnosi di cancro dello stomaco. La reazione di Wassermann deve avere grande valore in questi casi, ma non sempre può avere valore decisivo assoluto. Un periodo di cura specifica rigorosa di solito ci dà la chiave della soluzione di questi problemi diagnostici.

P. S.

L'arsenobenzolo nelle sifilidi cardiovascolari.

Leredde (*Bulletin Médical*, n. 22, 1917), esaminando sistematicamente il cuore, il polso e la pressione arteriosa in tutti i sifilitici, constatò con una grande frequenza lesioni cardiovascolari. Contemporaneamente alla roseola, ed a volte prima anche della roseola, si trovano frequentemente palpitazioni, ambascia precordiale, più raramente tachicardia, spesso delle irregolarità, ineguaglianze ed intermittenze del polso.

Questi fenomeni sembrano dovuti alla fissazione della spirocheta sul cuore, e guariscono col trattamento intenso e sterilizzatore, adatto ad evitare future cardiopatie. Stabilitesi queste, la cura è difficile: il farmaco è tuttavia efficace ed inoffensivo in certe condizioni di tecnica e di dosi. L'effetto è notevole nelle lesioni acute o subacute ed anche nelle sclerosi antiche. Il successo riposa su tre precetti: 1° iniziare con una dose molto debole; 2° aumentare questa assai più lentamente che nelle sifilidi nervose; 3° non lasciare mai fra due serie di iniezioni un intervallo superiore a tre, o quattro settimane. La prima iniezione di arsenobenzolo sarà di gr. 0.10, la seconda di gr. 0,15. Tale aumento si effettuerà solo se la tolleranza fu perfetta senza reazione cardiaca, o vascolare.

Si aumenta così gr. 0,05 per ogni successiva iniezione, interrompendo quando si manifesti cardiopalmo e dolori: a volte si può arrivare a gr. 0,90; ma più spesso conviene arrestarsi alla metà circa di detta cifra.

La seconda serie si farà solo dopo un riposo di 3-4 settimane e si può procedere in modo più energico e con più rapida progressione. Tuttavia la prima iniezione deve sempre essere fatta a dose notevolmente più debole dell'ultima della serie anteriore, sorvegliando particolarmente la presenza ed i caratteri del polso e la quantità delle urine.

Dopo le iniezioni il malato terrà sempre il più completo ed assoluto riposo.

P. C.

MEDICINA SOCIALE.

Rieducazione funzionale nelle lesioni organiche del cervello.

(Deutsche Med. Woch., N. 29).

I feriti del cranio raramente possono considerarsi guariti dopo la cicatrizzazione della lesione, perchè quasi sempre si manifestano in seguito disturbi di varia entità che, secondo le osservazioni fatte dal dott. F. Reichmann in un reperto specializzato per feriti al cranio, si potrebbero dividere in tre gruppi: sintomi nervosi localizzati; sintomi generali in dipendenza delle lesioni organiche più o meno misti a fatti psicotici concomitanti; fenomeni dovuti alle complicazioni della lesione primitiva.

Quando sia colpito uno dei centri cerebrali noti, non mancano mai i relativi sintomi; però è da notare che spesso si hanno anche fenomeni riferibili a centri lontani dalla parte colpita. L'esame radiologico ha spesso mostrato che in tali casi si trattava di scheggie ossee o metalliche proiettate lontano dal canale della ferita. Quando nemmeno l'esame radiologico dà un responso, si possono sospettare emorragie, focolai necrotici, ecc., dovuti a fenomeni di scoppio.

Ai sintomi localizzati appartengono i disturbi motori di carattere cerebrale o cerebellare (turbe motorie, sensitive o miste), i disturbi ottici ed acustici, le varie afasie (afasie, alexie, agrafie, apraxie), ecc.

Circa i fatti generali, bisogna osservare che il medico deve andar molto cauto nel giudicare un paziente quando anche non trovi una base obbiettiva ai disturbi lamentati immune da lesioni organiche del cervello.

Tra questi disturbi sono frequenti le vertigini, l'intolleranza dell'alcool, il comportamento abnorme del sistema cardiovascolare, le modificazioni del sangue (elevata eosinofilia, monocitosi), l'aumento dei riflessi tendinei, la dermografia, l'aumentata eccitabilità muscolare, ecc. Subbiettivamente: cefalalgie, ronzii, disturbi visivi, ecc. L'esame psichico rivela disturbi della memoria, diminuita facoltà di attenzione e di concentrazione, difficoltà di pensare, facile esaurimento, apatia, irritabilità, ecc.

Quanto alle complicazioni della lesione primitiva si sono osservate: encefaliti, ascessi, meningite, epilessia traumatica. Ora, siccome queste possono presentarsi anche lungo tempo dopo la guarigione chirurgica, è bene che chirurgo e neurologo tengano lungo tempo sott'occhio tali pazienti prima di iniziare la loro rieducazione funzionale.

È noto che la rieducazione funzionale per diminuire i disturbi nervosi conseguenti a lesioni cerebrali (specie per le afasie) è stata usata quando tali sintomi erano conseguenze di malattie (sifilide, arteriosclerosi, tumore cerebrale) che si presentano in genere in individui di età avanzata e in condizioni generali decadenti: tanto più sarà utile tentarla in individui giovani, robusti, con sistema nervoso centrale ben nutrito.

Non per tutti i pazienti la rieducazione si mostra ugualmente utile. Anche su individui presentanti le medesime lesioni e i medesimi disturbi, gli effetti sono svariatissimi. Da alcuni poi, nonostante ogni tentativo non si può ottenere nessun miglioramento: altri invece presentano già spontaneamente tendenza a migliorare. In tali casi la rieducazione potrebbe sembrare superflua; ma l'esperienza ha dimostrato che con essa si ottiene un effetto più rapido e più sicuro.

I risultati incoraggianti del metodo hanno anzi indotto ad applicarlo anche su pazienti presentanti sintomi generali mentre prima si usava soltanto su quelli che avevano sintomi localizzati.

L'insegnamento è affidato a un insegnante per sordomuti, a un maestro elementare e a un capo d'arte.

Le esercitazioni che si fanno ai pazienti appartenenti al primo gruppo seguono le medesime regole date dalla pedagogia per insegnare i rudimenti del linguaggio parlato e scritto.

Ogni paziente però va studiato caso per caso e istruito individualmente; si potranno così utilizzare le facoltà rimaste integre per riattivare quelle perdute. Così p. es. tra le afasie vi sono quelle in cui la parola viene riappresa con l'esempio, vedendo cioè il maestro articolare il linguaggio, quelle in cui la parola viene ricordata associandovi l'immagine del significato, quelle in cui la memoria della parola è associata al suo suono, o alla visione dell'immagine scritta, o al movimento grafico che occorre eseguire per scriverla.

I disturbi psichici generali vengono trattati con letture facili atte a destar l'interesse del paziente, con brani fatti imparare a memoria, con lievi lavori, o brevi passeggiate, facendo poi ripetere oralmente o per iscritto quanto hanno fatto o veduto. Anche qui, giacchè non si riscontrano mai casi identici, l'insegnamento sarà adattato ad ogni singolo caso. Nei primi tempi si ha un così facile esaurimento che

l'insegnamento non può spesso prolungarsi oltre 5, 10 minuti di seguito, e va tentato a più riprese nella giornata, ma con l'esercizio la esauribilità diventa sempre minore.

Quanto all'epoca in cui è utile cominciare tale rieducazione, secondo l'A. sarebbe non appena cicatrizzate le ferite: naturalmente se dà luogo a reazione (febbre, vertigini, crampi) si dovrà interrompere.

Per gl'infermi affetti da disturbi puramente psicotici, più che il metodo in sè stesso, ha valore terapeutico la parte suggestiva: il sapersi cioè curati da medici specialisti e sottoposti a cura conveniente. Questo metodo, se anche per i risultati è simile ad altri adottati per questi casi (ipnotico, suggestivo, elettrico) è però eticamente superiore, poichè il malato, anzichè essere passivo, collabora attivamente col medico alla propria guarigione.

Oltre alla scuola di esercitazione, molto utili sono gli annessi laboratori. Questi, oltre a risvegliare le facoltà meccaniche o manuali del paziente, hanno su di esso un alto effetto morale, come si può constatare confrontando il suo contegno cupo, apatico e scoraggiato dell'infermo quando è in letto, con quello vivace e disinvolto che ha in laboratorio, ove l'ambiente a lui famigliare gli fa dimenticare anche per delle ore i suoi disturbi. Inoltre il laboratorio è utile per giudicare il suo grado di abilità al lavoro al ritorno nella vita borghese.

L'integrarsi dell'opera del medico con quella dei pedagoghi nella scuola e dei capi d'arte nei laboratori è naturalmente la base di questo metodo di rieducazione.

Nonostante i buoni risultati ottenuti da questi reparti speciali per feriti al cervello, il numero delle guarigioni perfette è piccolissimo, per non dir nullo, quindi nessuno, se pur apparentemente guarito, si dovrà giudicar abile al servizio militare, e neppure a servizi sedentari. È invece compito di questi reparti di avviare il paziente all'antico mestiere, se esso è ancora adattato, o ad uno nuovo, e di trovare per ognuno il lavoro prima di dimetterli dalla casa. Quando il paziente è in condizioni da non poter attendere a un utile lavoro, sono chiamati i congiunti per ricevere istruzioni sul modo di comportarsi col malato e sulle occupazioni che si possono dargli. Alla scuola è annesso un ambulatorio ove i convalescenti ritornati in famiglia possono ricorrere per guida e consiglio.

G. MENDES.

Pubblicheremo prossimamente:

G. VOLPINO, *Trichiniasi ed immunità naturale di animali italiani contro la trichina.*

IGIENE.

L'alimentazione delle truppe di terra italiane.

Il prof. E. Baglioni (*Annali di Igiene*, 31 agosto), che è stato incaricato dal Ministero della Guerra di studiare la riforma dell'alimentazione per l'Esercito, ha concretato i risultati delle sue ricerche in una Istruzione sul vitto militare in cui all'esposizione delle nozioni fondamentali di fisiologia ed igiene alimentari seguono le norme per l'attuazione migliore del servizio e per la sua organizzazione. Una novità per quest'ultima è l'istituzione di un corso di istruzione sul servizio del vitto per un plotone di graduati e soldati rancieri, scelti fra quelli che per professioni affini esercitate da civili e per adatte proprietà fisiche, vi avessero particolare attitudini. In tal modo si raggiunge lo scopo di avere un personale tecnico abbastanza addestrato, al contrario di quanto avveniva prima, quando per l'imperizia dei soldati rancieri non era raro il caso che le vivande preparate offrissero tali e tanti inconvenienti da dover essere rifiutate anche dal più affamato individuo.

Le modificazioni più importanti dal punto di vista sanitario riguardano la qualità e quantità dei generi costituenti i diversi pasti. È stato notevolmente ridotto il consumo di carne bovina, lasciandola per soli tre giorni alla settimana, con facoltà di sostituirvi per un giorno altra carne, ovina, suina in scatola o di pesce (baccalà). Negli altri quattro giorni il pasto antimeridiano consiste in minestroni di pasta o di riso, con legumi o verdure o patate ed aggiunte di 40 gr. di formaggio, che rappresenta un necessario complemento, ricco di proteine animali. Il rancio pomeridiano è più variato e gustoso e consiste in minestre di riso o pasta, o legumi, od in pasta asciutta.

Per i condimenti è stata fissata la quantità e qualità, in modo di renderli indipendenti dai prezzi oscillanti dal mercato; si danno cioè 15 gr. di olio o lardo nei giorni in cui vi è la razione carnea, 20 gr. negli altri giorni. Ugualmente fissata è la quantità degli altri ingredienti: salsa di pomodoro, sale, pepe, cipolle, ecc.

Per le truppe operanti in zona di guerra la razione di carne è stata diminuita da gr. 375 a gr. 250, con facoltà di sostituirla per due giorni alla settimana con altra carne (suina, baccalà); si è aumentata la razione di pasta, a gr. 200 (invece di 150) aggiungendovi delle verdure (cavoli, ecc.) e 40 gr. di formaggio ogni giorno. Per la facilità poi di preparazione del condimento anche nelle casse di cottura,

si è introdottto l'uso dei condimenti in scatola.

Queste modificazioni della razione sono state accettate abbastanza bene dalle truppe, a prescindere da qualche lagnanza in sul principio, per la riduzione della quantità di pane (da 750 a 600). In casi eccezionali si rimedia accordando un terzo od una metà di razione suppletiva.

Notevoli sono stati i vantaggi economici, conducendo al risparmio di circa 800.000 buoi all'anno (calcolando per 4 milioni di soldati, cioè per una cifra inferiore a'la reale); l'economia del grano sarebbe di oltre 100.000 tonnellate annue. Questi generi, che si importano in gran parte dall'estero, sono stati sostituiti da altri, quali il formaggio, i legumi, ecc., largamente prodotti dal suolo italiano: tale razione corrisponde quindi alle norme di saggia economia nazionale.

Il lato igienico e sanitario della questione presenta non minori vantaggi. Le moderne conquiste nel campo della fisiologia e dell'igiene alimentare hanno dimostrato erroneo il principio della isodinamia dei tre gruppi di principii alimentari ed inesatto quello della isovalenza delle diverse proteine; hanno messo in luce l'esistenza di principii nutritivi di natura ignota ma d'importanza capitale, le così dette vitamine, e conducono a ritenere che molti disturbi discrasici di nutrizione osservati nei soldati fossero dovuti al precedente vitto irrazionale.

Dettata da irrefutabili motivi scientifici, la nuova razione sembra corrispondere a tutte le esigenze di un sano regime militare; i risultati ottenuti con essa, hanno perfettamente corrisposto alle aspettative. FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(883). *Cura del lupus eritematoso.* All'abb. n. 2882:

Per la cura del lupus eritematoso riesce spesso assai utile l'uso dell'unguento mercuriale applicato localmente sulle singole chiazze, sorse per i rapporti fra questa dermatosi (almeno per alcuni casi) e la sifilide: rapporti che, messi in evidenza già da tempo dal professor Campana, hanno ricevuto conferma recentemente da autorevoli autori stranieri.

Holländer consiglia l'uso locale della tintura di iodo e l'uso interno di sali di chinina a dosi crescenti. Io però non posso dire di avere avuto con questo metodo i buoni risultati ottenuti in più di un malato con l'unguento mercuriale.

Si tenga presente che talora il lupus eritematoso si accompagna con la sindrome del Raynaud, che, com'è noto, da alcuni autori è considerata spesso di origine sifilitica. Io stesso pubblicai un caso del genere nel quale la cura con l'unguento mercuriale dette un miglioramento notevolissimo delle chiazze eritematose ed un arresto del processo che si mantiene ancora dopo molti anni.

V. MONTESANO.

(884). Al dott. X. Y., Zona di guerra:

Sinora, non ho avuto cognizione che sia comparsa alcuna pubblicazione dettagliata nè italiana nè francese sulle auto-lesioni in guerra. Sono però apparsi per tutti i giornali medici delle due nazioni molti articoli che trattano or uno or l'altro quesito di questa importante parte della Medicina legale militare. E una rivista sintetica, abbastanza estesa, è stata pubblicata nei tre numeri monografici del nostro periodico, ed una sulle malattie simulate in *Quaderni di Medicina legale*, n. 3-6.

Prof. A. A.

(885) Al dott. Carolus:

L'opera più recente e più completa sulla malaria è quella del prof. V. ASCOLI. Un volume di 1128 pag. con fig. e tavole. Unione Tipogr. Editr. Torinese. L. 25.

INDEX.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

L. LUCIANI, S. BAGLIONI. *L'alimentazione umana secondo le più recenti indagini fisiologiche.* 1 vol. in-12° di pag. 240, con 1 tav. a colori. — Milano, Società Editrice Libraria, 1917. Prezzo L. 5.

In un momento in cui occorre limitare l'alimentazione, questo libro giunge molto opportuno. Esso espone le concezioni recenti relative all'alimentazione, la maggior parte delle quali anteriori allo stato di guerra. Durante l'ultimo decennio infatti gli studi sull'alimentazione avevano progredito a grandi passi, mettendo in giusta luce tutta l'importanza della sobrietà.

Il lavoro, condotto con sano criterio, scritto bene e con chiarezza, accoglie i risultati più sicuri e che possono oggi considerarsi come incontrovertibili. Ispirato alla scienza ed al patriottismo, merita di esser letto dai medici e da quanti si occupano di fisiologia, d'igiene, di problemi sociali. Non poteva essere altrimenti, dacchè è compilato da due illustrazioni della fisiologia, quali sono i professori Luciani e Baglioni.

Una parte delle nozioni in esso contenute ha già formato oggetto d'interessanti studi generali pubblicati dal prof. Baglioni; ci eravamo fatto un pregio di accoglierli nel nostro periodico.

R. B.

NIGAY. *Le régime alimentaire des diabétiques.* Un vol. in-16° di 91 pag. O. Berthier, E. Bongault, edd., Parigi, L. 3.

L'aforisma di Voltaire *Régime vant mieux que médecine* trova la sua migliore applicazione per i diabetici, in cui la terapia si impernia appunto sul regime.

Questo però deve subire delle modificazioni, secondo l'individuo, e dovrà essere diverso secondo che si tratta di un diabetico florido, o di uno con perdita d'azoto, con acidosi, oppure di diabetici di speptici, albuminurici, ecc.

L'A. in questo libretto, dopo brevi cenni generali, esamina singolarmente i diversi cibi e le bevande, fornendo degli ottimi consigli pratici sul modo di preparare le vivande, ed indicando le specie e le quantità che possono esser permesse nei singoli casi.

Alle cure di digiuno (Allen, Guelpa) accenna a proposito delle glicosurie irriducibili, con la giusta osservazione che esse non devono venir applicate inconsideratamente, poichè possono non essere senza danno, in soggetti disposti all'acidosi.

FIL.

Dott. VALFREDO CHIODI. *Manuale pratico di profilassi e disinfezione*, per uso del R. Esercito. Un vol. in-16° (Manuale Hoepli) di 196 pagine con 32 incisioni. Hoepli ed., Milano. Prezzo L. 4,50.

L'importanza dei servizi di profilassi e di disinfezione per l'esercito nelle attuali condizioni di guerra è troppo evidente perchè si debba insistervi; del resto gli ottimi effetti ottenuti con l'oculata applicazione dei mezzi profilattici, ne dimostrano la grande utilità. L'A. che era dapprima addetto al servizio delle disinfezioni nella città di Firenze ed ora comanda da due anni una squadra di disinfezione in zona di guerra, espone qui i metodi pratici da seguirsi. Vengono prima trattate le generalità sulla disinfezione, microbicida ed insetticida, poi la bonifica del soldato, la lotta contro le malattie infettive, la disinfezione e bonifica in zona di guerra ed i diversi servizi sussidiarî (ufficiali sanitari, profughi e prigionieri, ecc.).

I consigli pratici e l'applicazione delle norme ai singoli casi riusciranno di notevole utilità a chiunque (personale sanitario e del genio) si debba occupare della questione.

FIL.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

L'Ordine dei Medici di Pavia. — Adunatosi in seduta straordinaria, presenti i consiglieri Cornelli, Masnata, Merlo, Trovati, Valenti, ha votato il seguente ordine del giorno:

«Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Pavia, in quest'ora di suprema angoscia per i violati e calpestati confini, nel mentre riafferma la sua salda ed immutata fede nei destini della Patria, rivolge un caloroso appello ai colleghi, perchè colla parola e coll'esempio si facciano volgarizzatori della necessità di porre argine a tutte le insidie di coloro, che per fini ignominiosi, speculando sulla ignoranza delle masse rurali, concorrono a mantenerle ignare e diffidenti degli scopi della guerra che si sta combattendo contro l'eterno e spavaldo nemico.

Nell'intento poi di porgere aiuto ai colleghi, che travolti dalle masse teutoniche, lasciarono le contrade invase, per rifugiarsi nel territoro della Provincia, li invita ad inscriversi in apposito registro, presso la sede dell'Ordine, onde si possa provvedere al loro collocamento, facendo voti che i sanitari, cui furono agli inizî del micidiale conflitto affidati molteplici incarichi, con relativi assegni, abbiano spontaneamente a farne parziale rinunzia, nell'interesse dei colleghi profughi.

Richiamando poi il disposto dell'articolo 1 del Decreto Luogotenenziale, in data 22 agosto 1915, si permette di far presente all'Autorità prefettizia, la necessità di mettere a disposizione dei colleghi esuli in Patria, quelle condotte mediche, attualmente in numero eccessivo, affidate ad un unico sanitario.

Fa voti ancora, che quando se ne presentasse il bisogno, l'Ufficio Sanitario del Ministero della Guerra abbia a richiamare in servizio militare gli Ufficiali medici, attualmente comandati a prestar servizi di assistenza sanitaria civile, affidando i posti lasciati vacanti ai colleghi profughi.

Affida al Presidente l'incarico di comunicare a tutti gli Ordini del Regno i desiderati formulati nell'ordine del giorno, perchè abbiano ad essere presi in considerazione a sollievo delle eccezionali condizioni dei colleghi profughi».

Indennità pel caro viveri ai medici condotti. — In un convegno fra i rappresentanti dei Comuni e della Sezione dell'A. N. M. della provincia di Padova è stato approvato il seguente ordine del giorno:

«La Giunta esecutiva della Federazione dei Comuni rurali ed il Consiglio di presidenza della Sezione padovana dell'Associazione nazionale dei medici condotti;

Considerando che l'indennità di caro-viveri dichiarata obbligatoria per i dipendenti dello Stato, delle Provincie e dei Comuni deve essere ben distinta da ogni altra eventuale indennità od emolumenti per prestazione straordinaria di lavoro;

Considerando che nei bilanci comunali, opere legislative è stata stanziata la somma per il mese di licenza annuale alla quale hanno diritto i medici condotti e che i medici per ragioni di servizio sono disposti a non usufruire;

Considerando che la spesa per il mantenimento del mezzo di trasporto è quasi triplicata;

Tenendo calcolo che nel decreto luogotenenziale 21 luglio 1917, n. 1168, si afferma la necessità di concedere il fieno a prezzo di requisizione del R. Esercito in tutti quei casi nei quali è evidente la pubblica utilità come è dei medici condotti;

Ad unanimità deliberano:

a) che sia corrisposta al medico condotto l'indennità caro-viveri in lire 24 mensili come a tutti gli altri impiegati allo stesso stipendio a partire dal 1° luglio 1917;

b) che sia corrisposto al medico condotto *un mese di stipendio in più* per il lavoro straordinario che esso compie per rinuncia al mese di congedo annuo;

c) che quella qualsiasi indennità di mezzo di trasporto fissata dai capitolati prima della guerra sia elevata a L. 800 per un solo cavallo, a L. 1000 per la condotta piena, a L. 1200 per due cavalli per tutta la durata della guerra;

d) che tutti i Comuni faranno tutte le pratiche a loro possibili perchè sia concesso ai medici il fieno a prezzo di requisizione fissato dall'Autorità militare per l'Esercito;

e) che la indennità di caro-viveri deve essere devoluta unicamente a quei medici condotti che non hanno altri cespiti di entrata che quelli ordinari, non per quelli che hanno incarichi speciali continuativi e retribuiti, come condotte a scavalco, servizi pel R. Esercito o della Croce Rossa, ecc.».

Sgravio di ricchezza mobile pei medici del Veneto. — Il segretario del Consiglio direttivo dell'Ordine dei medici di Venezia, dott. Puglisi, ha diramato ai colleghi la seguente circolare:

«In base al Decreto Luogotenenziale 29 luglio 1916, fu già concesso lo sgravio dell'imposta a molti di quelli che ne hanno fatto domanda in tempo utile, con decorrenza dal 1° gennaio 1916: coloro i quali si trovano in servizio militare non hanno limitazione di tempo per presentare la relativa domanda. Tale sgravio ha valore *fino al compimento dell'anno in cui sarà conclusa la pace.* Quanto all'immediato *dopo guerra*, che manterrà purtroppo per molti dei medici veneziani il disagio professionale e precisamente nei mesi di maggio, giugno e luglio avanzare domanda regolare di sgravio per i ruoli dell'anno successivo.

Non mancherà la Presidenza, che già fin d'ora si è adoperata a persuadere l'Agenzia delle penose condizioni dei medici nostri anche dopo la pace, di rammentare ai colleghi a suo tempo quanto è più sopra esposto; ma sarà bene che ognuno dal canto suo si tenga pronto a provvedere in tempo utile ai propri interessi».

I medici del Comune di Roma (medici ispettori, igienisti, condotti di Città, del Suburbio ed Agro) riuniti in assemblea generale il 3 novembre 1917 nella sede della Società fra gli impiegati del Comune;

Rilevato come la vigente Cassa Nazionale di Previdenza inadeguatamente provveda a tale doverosa necessità, in quanto assegna solo pensioni irrisorie, dopo non meno di 25 anni di servizio e 65 di età, e in base ad altre considerazioni;

Fanno voti perchè l'Amministrazione comunale adotti le seguenti risoluzioni:

1° riconoscimento, agli effetti della pensione di tutti gli anni di servizio effettivamente prestato dai singoli sanitari, come già fu praticato per altri funzionari;

2° conseguente iscrizione alla Cassa pensione comunale, a norma della disposizione transitoria del regolamento comunale 1905, dei sanitari assunti in servizio antecedentemente alla promulgazione delle leggi per il trattamento di riposo dei medici condotti (1898) e degli altri sanitari (1909);

3° integrazione della pensione governativa con una pensione comunale, a somiglianza di quanto è stato già fatto in altri Comuni del Regno (Milano, Torino, Napoli, Venezia) per i sanitari che non potessero godere del beneficio di cui al precedente comma.

ATTI PARLAMENTARI.

Ufficiali medici della Croce Rossa passati nell'esercito.

All'on. Lombardo il gen. Giardino rispondeva:

« L'inscrizione nel quadro di avanzamento degli ufficiali, non importa di pieno diritto la promozione, perchè è tassativamente stabilito che gli ufficiali delle categorie in congedo non possono essere promossi se prima non lo siano stati quelli di pari grado ed anzianità del servizio attivo permanente.

« Fino a poco tempo fa le promozioni dei tenenti medici effettivi si erano fermate a quelli con anzianità 10 novembre 1915, quindi anche la Croce Rossa ha dovuto limitare le proposte a tale data.

« Ora che le promozioni degli effettivi sono giunte al 30 aprile 1916, anche la Croce Rossa estenderà le sue promozioni a tale data essendo stabilito che gli ufficiali della Associazione in servizio presso l'esercito operante siano promossi di pari passo con quelli dell'esercito.

« Gli ufficiali medici della Croce Rossa, addetti a servizi dell'esercito operante, godono di tutti i benefici di carriera concessi agli ufficiali medici dell'esercito; conformemente alle disposizioni contenute nella circolare n. 752 del *Giornale Militare*, 1916.

« Essi pertanto vengono promossi appena lo siano stati quelli di pari grado ed anzianità dell'esercito ».

Nuova visita dei riformati.

Rispondendo all'on. Pietravalle, il gen. Giardino osservava che:

a) Sono stati sempre dichiarati inabili al servizio militare non solamente gli affetti da tubercolosi, ma anche quelli con forme pretubercolari o con alterazioni di dubbia natura tali da far semplicemente sospettare l'esistenza della malattia.

È evidente che gran parte di queste forme si son potute modificare col tempo, senza dar luogo allo sviluppo del male, rendendo quindi gl'individui idonei al servizio militare.

Per queste considerazioni si è ritenuto necessario risottoporre a visita non tutti, ma solo parte dei riformati di tubercolosi, escludendone quelli riformati dopo il 1912 — ultime sette classi, cioè — che furono di recente visitati con tutte le garanzie che la scienza oggi offre.

Nessun danno per tale revisione potrà venirne alla convivenza militare o agli stessi visitandi, come nessun ingombro di caserme ed ospedali potrà verificarsi.

La revisione dei tubercolosi giova ai fini della lotta antitubercolare, perchè, ai sensi della circolare 801 del *Giornale Militare* del 1916, e di successive altre disposizioni, verranno designati alle autorità civili molti tubercolotici, che altrimenti resterebbero sconosciuti.

b) I riformati per alienazione mentale e epilessia, furono esclusi dalla revisione (vedi nn. 6 e 7 della tabella *A* della circolare 253 del 2 agosto 1917); non si potè far lo stesso per i riformati di altre forme di nevrosi, perchè essendo esse suscettibili, per lo meno, di miglioramento, possono aver raggiunto quel grado che le rende compatibili col servizio, anche condizionalmente.

c) Potevano escludersi dalla revisione solo poche categorie di infermità o lesioni che, pur inguaribili, son diventate compatibili col servizio, in base ai nuovi criteri di arruolamento.

d) Circa l'invio alla scuola di sanità di Firenze di tutti i medici riformati, chiamati a nuova visita, il provvedimento è stato dettato dalle seguenti considerazioni: L'apprezzamento della idoneità fisica per gli ufficiali medici non può basarsi unicamente sui comuni criteri valevoli per i militari in genere, ma deve informarsi ad un complesso armonico di fattori in rapporto alle molteplici e svariate condizioni in cui i medici stessi son chiamati a prestare l'opera loro. Ne deriva che, praticandosi le visite presso i vari consigli di leva o da tante diverse Commissioni presso gli ospedali militari, secondo la proposta dell'onorevole interrogante non potrebbe ottenersi quella unicità di giudizio necessaria ad eliminare ogni disparità di trattamento, che dà ragione del provvedimento adottato.

Prescindendo dai rilievi di carattere economico che sono di lieve entità di fronte ai vantaggi derivanti dall'attuazione del giusto provvedimento, si osserva che sono stati già da tempo studiati i mezzi adatti ad ovviare qualsiasi ripercussione sul-

l'andamento dei servizi sanitari civili, adottandosi le seguenti disposizioni:

1. Ciascun distretto farà affluire alla scuola di applicazione non più di un quinto per volta dei riformati medici, ripartendo il contingente totale nello spazio di un mese.

2. Il comando del distretto sposterà la partenza di un visitando da un gruppo all'altro, se improvvise necessità sanitarie civili lo esigeranno, prendendo diretti accordi con le rispettive autorità civili.

3. La Commissione speciale di Firenze dovrà sottoporre a visita i detti medici nella stessa giornata di presentazione, restituendoli immediatamente alla propria sede quale che sia l'esito della visita.

4. Per gli abbisognevoli di osservazione in ospedale militare sarà provveduto con opportune modalità perchè tale osservazione sia svolta nel minor tempo possibile.

In tal modo l'allontanamento dei sanitari dalla propria sede resta ridotto a brevissimo spazio di tempo e quindi non può costituire motivo di alcuna fondata preoccupazione.

Misure profilattiche nelle visite di riformati.

Rispondendo all'on. Rampoldi, l'ex ministro della guerra gen. Giardino osservava che non tutti i riformati per tubercolosi polmonare sono chiamati alla nuova visita, ma ne sono esclusi quelli delle ultime sette classi.

Nessun danno per tale revisione verrà alla convivenza militare per pericoli di contagio, perchè quelli chiamati a nuova visita, anzichè ai Consigli di leva, si presenteranno direttamente agli ospedali militari principali, ove resteranno ricoverati in speciali reparti isolati per lo stretto tempo necessario alle indagini, come prescrive il n. 4 della circolare 573 del *G. M.* corr. anno.

Riguardo ai tracomatosi, durante il breve tempo della visita davanti al Consiglio di leva non certo è possibile la trasmissione della malattia; il pericolo può eventualmente insorgere solo quando il tracomatoso è arruolato ed entra a far parte della famiglia militare. Il Ministero della guerra per tale riguardo non ha mancato di predisporre tutte quelle possibili provvidenze le quali, mentre tendono all'alta finalità sociale della cura dei tracomatosi — precipua ragione del loro arruolamento — impediscono che possa verificarsi il contagio della malattia nell'esercito. Il congegno profilattico relativo è predisposto dall'avvertenza n. 7 dell'elenco delle imperfezioni ed infermità e dal n. 3 della circolare del *G. M.* corr. anno, cioè: I tracomatosi dal Consiglio di leva, con appositi elenchi, sono specificatamente segnalati ai Comandi dei distretti, i quali, all'atto della chiamata alle armi, li inviteranno con precetto personale a presentarsi non già al distretto, ma direttamente gli appositi reparti di truppa per tracomatosi, presso i quali mentre saranno sottoposti alle necessarie cure, esplicheranno il loro servizio compatibilmente colle loro speciali condizioni.

Ospedale per militari tubercolosi in Nervi.

Rispondendo all'on. Celesia, il gen. Giardino dimostrava insussistenti i timori di contagio dall'ospedale alla popolazione civile.

Il centro sanitario di smistamento di Nervi avrà, per la durata della guerra, una complessa ed organica funzione profilattica e curativa.

Altre interrogazioni.

L'on. Sandulli ha interrogato il presidente del Consiglio dei ministri, per sapere quale provvedimento il Governo intenda adottare a favore di quei soldati che, avendo contratto la tisi in servizio militare e per essere stati lungamente prigionieri del nemico, ora sono stati riformati e che, non avendo acquistato diritto a pensione, non sono, per mancanza di mezzi, in grado di provvedere alle cure occorrenti per la grave infermità.

L'on. Leone ha interrogato il presidente del Consiglio dei ministri e i ministri dell'interno e della guerra, sollecitandoli a trovar modo di sottrarre a nuova visita i militari delle classi dal 1874 al 1881, o per lo meno quelli riformati in rassegna da un ospedale militare per imperfezioni ed infermità tali che anche in base ai nuovi elenchi siano causa di riforma o d'inabilità alle fatiche di guerra, e ciò non solo per eliminare un sensibile perturbamento nella vita economica del paese ma anche per non esporre gli ospedali ad una revisione inutile distraendo tanti medici e tanto personale da lavori più urgenti e più fecondi.

Gli on. Schiavon e Bovetti hanno interpellato il presidente del Consiglio dei ministri e il ministro della guerra per sapere se approvano i criteri con i quali si procede alla rivisita dei riformati.

L'on. Rampoldi ha interrogato il ministro della guerra, perchè siano ovviati i frequenti e improvvidi ritardi nel pagamento degli assegni ai feriti di guerra, che pervengono agli ospedali territoriali, quando gli assegni non maturino in altri ospedali.

L'on. Salomone ha interrogato il ministro della guerra sull'operato di corpi sanitari, che, nel concedere licenze straordinarie per cause di malattie a militari rimasti sotto le armi, in servizio attivo, per oltre un anno, specialmente in zona di guerra, credono poi dichiarare che la malattia non venne contratta a causa di servizio.

L'on. Pacetti ha interrogato il ministro dell'industria, commercio e lavoro, perchè sia portata una ulteriore deroga alla legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli, consentendo che i giovinetti, anche di undici anni, possano essere ammessi, con opportune speciali cautele, al lavoro diurno in fabbriche non insalubri, per esservi applicati a lavori confacenti alla loro costituzione fisica.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

Sottoscrizione al fondo di soccorso contro i più gravi danni della guerra patiti dai medici e dalle loro famiglie.

Riporto come da Fasc. 42°	L.	100
Midulla dott. Lorenzo, San Biagio Platani	»	25
De Angelis dott. Giov. Battista, Zona di guerra	»	5
Croce dott. Giuseppe, San Lorenzo a Merse	»	10
Giusti dott. Giuseppe, Roma	»	10
Bossi prof. Luigi Mario, Genova (*)	»	200
Raccolte dal benemerito cap. med. dott. Dino Catucci fra la famiglia sanitaria di Cormons (4° versamento):		
Ten. med. Salvi dott. Edoardo	»	5
Ten. med. Sbavaglia dott. Luigi	»	5
Ten. med. Cattoretti dott. Nino	»	5
Ten. med. Ricci dott. Carlo	»	5
Capp. mil. Masone don Giuseppe	»	5
Ten. farm. Pisani Gian Andrea	»	5
Ten. farm. Della Valle Arturo	»	5
Cap. med. Minozzi dott. Giovanni	»	5
Ten. med. Salvago dott. Vittorio	»	5
Cap. med. Barre dott. Augusto	»	5
S. T. med. Martino dott. Arturo	»	5
Asp. med. Forcherio Giovanni	»	5
Ten. amm. Licciardello Luigi	»	5
Ten. farm. Cardano dott. Dino	»	5
Cap. med. De Cata dott. Domenico	»	5
Cap. med. Barbieri dott. Giovanni	»	5
Cap. med. Gentile dott. Alberto	»	5
Cap. med. Gilbert Winchel dott. Attilio	»	5
Cap. med. Caressano dott. Arturo	»	5
Cap. med. Ricci dott. Alfredo	»	5
Cap. med. Porlezza dott. Valente	»	5
Ten. med. Chieffo dott. Alfonso	»	5
Ten. med. Ventura dott. Luigi	»	5
Cap. med. Braccianti dott. Gino	»	5
Cap. med. Campenni dott. Cristoforo	»	5
Totale	L.	450

(*) Nell'inviarci questa cospicua offerta il professor Bossi ci scrive per proporre che vengano sorvegliati e denunziati i medici sudditi nemici, che ancora trovano ospitalità ed immunità nel nostro Paese.

La proposta ha lo scopo di incitare il Governo ad eliminare immediatamente tali pericolosi elementi. Essa viene appoggiata dalla Federazione antitedesca.

Il prof. Bossi mette sull'avviso che molti sudditi nemici dissimularono la loro nazionalità, assumendone una fittizia (talvolta più d'una), senza per questo rinunziare a quella di origine, in virtù dell'insidiosa legislazione germanica.

Ed aggiunge: «Coi nemici giunti nel suolo nostro attraverso i più turpi tradimenti e a mezzo di quelli che le gazzette tedesche chiamano i *loro amici d'Italia*, non è più il caso di debolezze».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7057) *Visita alle carni macellate.* — Dott. P. B. da C. — Poichè il veterinario esiste nel Comune, ma è assente per servizio militare è giusto che l'ufficiale sanitario, chiamato a sostituirlo nelle visite e nelle ispezioni alle carni macellate, abbia speciale compenso. La sostituzione gratuita avviene sol quando il veterinario *manchi*, cioè, quando nel personale organico alla dipendenza del Comune non sia compreso un veterinario. In tal caso è evidente che al servizio, di cui, nello interesse della pubblica salute, non si può fare a meno, provveda altro sanitario municipale e fra questi, il più indicato è l'ufficiale sanitario.

(7058) *Pensioni.* — Dott. G. M. da S. C. — Lasciando il servizio di condotta non si può più rimanere iscritti alla Cassa di previdenza, ancorchè il medico si sobbarcasse a pagare il contributo proprio e quello dell'ente. Doctor JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. P. A. da V.:

Se gli ufficiali medici attualmente in congedo perchè dichiarati non idonei a servizio militare verranno chiamati a nuova visita a Firenze, il collega sarà certamente chiamato a subire tale nuova visita.

Circa l'esonero è bene non attendere di esser dichiarato idoneo, ma far sì che l'Autorità prefettizia competente faccia le pratiche relative subito.

In analogia a quanto è stato fatto coi militari di truppa laureati in medicina e chirurgia, è a presumersi che anche gli ufficiali medici dopo visitati a Firenze, verranno lasciati in breve licenza, in attesa di esser chiamati, ma questa è una disposizione sulla quale non si può ancora dare alcuna assicurazione.

All'abb. n. 1022:

È vero che gli ufficiali medici di riserva che hanno avuto una promozione non *hanno diritto* ad averne un'altra.

Però in base all'art. 5 della circolare 752 del G. M. 1916, il collega può essere proposto alla promozione *per speciale distinzione*. Tale proposta non viene fatta in seguito a domanda dell'interessato, ma di *motu proprio* dell'Autorità militare dalla quale l'ufficiale meritevole di tale distinzione dipende.

All'abb. n. 8270:

L'astigmatismo misto dal quale è affetto dà diritto all'assegnazione ai servizii territoriali ai militari in genere; ma, per gli ufficiali medici, tale criterio non è applicato in via assoluta, data la notevole diversità del servizio che essi debbono compiere.

Il reclamo è però sempre ammissibile.

All'abb. n. 3519:

La disposizione che gli ufficiali medici tutti della classe 1884 e più giovani debbono esser tutti mobilitati esiste sempre.

Esiste il servizio territoriale anche in zona di guerra, e quindi se il collega è stato dichiarato abile al servizio territoriale ed è di classe giovane

può essere inviato in zona di guerra ed anche in zona di operazioni senza passare per altri accertamenti sanitarii. Il Direttore di sanità mobilitato impiega poi il personale avuto secondo che tale personale gli è stato segnalato come abile a tutti i servizii, o abile solo condizionatamente.

All'abb. n. 5773:

Data la sua anzianità il collega ha pieno diritto alla promozione.

Se la prima proposta non è pervenuta, come è a presumersi, al Ministero, il collega potrà far fare un nuovo specchio di avanzamento dal Distretto dal quale ora dipende, e che lo amministra.

Comandato a prestar servizio di medico condotto, nella sua qualità di medico militare, non può optare per lo stipendio civile del Comune.

All'abb. n. 1143:

I primi capitani sono equiparati agli *effetti amministrativi* agli ufficiali superiori, ma sono in sostanza pari grado ai capitani e quindi hanno gli stessi doveri dei capitani, compreso quello di montare la guardia ove occorra.

All'abb. n. 5875:

Terminati i tre mesi di inabilità al servizio militare attivo presso le truppe mobilitate, il collega dovrà nuovamente presentarsi alla Commissione sanitaria speciale di Firenze.

Al dott. G. G. da F.:

Gli ufficiali medici in servizio civile sono amministrati *a tutti gli effetti* dal Comando del Distretto del luogo ove prestano servizio e quindi la risposta data dal distretto di Forlì è erronea.

Il collega, avendo pieno diritto all'avanzamento per la propria anzianità, farà dunque bene ad insistere perchè il Comando del Distretto locale compili la sua proposta d'avanzamento.

All'abb. n. 4161:

Essendo suo figlio stato nominato capitano medico nel ruolo speciale di complemento in seguito al titolo di libero docente, non può essere promosso ad anzianità, ma solo per ulteriori titoli acquisiti o in seguito a proposta per merito eccezionale (art. 13).

Al dott. G. T. M. da M.:

Solo se il collega è stato in zona di guerra per quattro mesi, *e ciò deve risultare dalla sua proposta di avanzamento,* potrà venir promosso al grado superiore. Occorre quindi che l'autorità militare proponente faccia la sua proposta in base all'art. 1 e non all'art. 2 della circolare n. 752.

Se ha compiuto 40 anni di età e da più di un anno trovasi in zona di guerra ha realmente i requisiti necessarii per venire avvicendato appena le contingenze del servizio lo permettano.

All'abb. n. 6277:

Fino dall'epoca nella quale vigeva l'antico elenco delle infermità, una avvertenza di esso disponeva che *l'ernia purchè riducibile e contenibile in adatto cinto* non fosse causa di riforma pei sottufficiali, e per analogia tale disposizione si applicava anche agli ufficiali.

In sostituzione di tale avvertenza, scomparsa nel nuovo elenco, vige ora una circolare nello stesso senso, ed è prossima anche la promulgazione di un Decreto luogotenenziale che, oltre questo caso speciale, disciplinerà tutti gli altri consimili.

All'abb. n. 1713:

Anche se il collega non ha mai esercitato l'arte salutare avrà, alla nomina, il grado di sottotenente medico a sua domanda.

Non avanzando alcuna domanda, sarà assunto in servizio come militare laureato in medicina e chirurgia.

Il grado di aspirante è riservato ai soli studenti degli ultimi anni della facoltà di medicina e chirurgia.

All'abb. n. 4835:

La Commissione tecnica che conferisce il grado in base ai titoli si attiene, per solito, molto strettamente al disposto della circolare n. 734.

Essa non ammette equipollenza di titoli ed è quindi a ritenersi che malgrado quelli numerosi ed importanti posseduti dal collega gli venga conferito il grado di tenente.

All'abb. n. 3932:

Il collega deve considerarsi come un medico militare comandato a prestare *tutto* il servizio che prima era disimpegnato dal suo predecessore borghese.

La retribuzione che spettava al titolare della condotta, ed il modo come questa retribuzione era frazionata fra i varii Comuni che ne facevano parte, non ha alcuna influenza sullo stipendio dell'ufficiale medico, che è sempre il medesimo e viene pagato dall'Amministrazione militare.

Oltre lo stipendio il capitano medico ha diritto all'indennità di *arma,* a quella di caro-viveri, e se è ammogliato, all'indennità speciale per gli ammogliati.

All'abb. n. 1562:

Per la promozione occorre l'idoneità incondizionata, e se ciò è prescritto per gli ufficiali di complemento, a maggior ragione deve ritenersi tassativamente stabilito per gli ufficiali in servizio attivo permanente.

M. G.

A quei nostri Associati che non raccolgono in volume i numeri del "POLICLINICO" e che volessero gentilmente restituirci i fascicoli 6, 7, 9, 10 e 11 di quest'anno, esauriti in seguito alle pervenuteci molte richieste di nuovi Associati, noi daremmo in cambio dei 5 predetti fascicoli, una delle 2 seguenti pubblicazioni a loro scelta:

1°) MARIOTTI: La profilassi delle malattie infettive nella pratica medica.

2°) MURRI, MARAGLIANO, SANARELLI: In memoria del prof. Guido Baccelli.

Coloro che vogliono approfittare di tale cambio possono rimandare i 5 fascicoli in piego postale raccomandato accompagnati con carta da visita sulla quale basterà indicare il Numero (1 o 2) della pubblicazione che si desidera in sostituzione.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Filippo Bottazzi è stato chiamato dalla Facoltà medica di Roma a coprire la cattedra di fisiologia lasciata vacante dal sen. Luigi Luciani.

Dell'illustre studioso daremo un cenno biografico nel prossimo fascicolo.

Il premio di L. 5000 del concorso «Rizzoli» fu assegnato al dott. Giuliano Vanghetti, per le sue memorie sulla *Vitalizzazione delle membra artificiali.*

L'Amministrazione ai Signori abbonati.

I lettori già sanno quanto siano divenute ardue le imprese giornalistiche in questa ora critica. La scarsità e i prezzi favolosi della carta, l'enorme rincaro della mano d'opera tipografica e tante altre circostanze hanno aggravato la condizione della nostra industria al punto che il resistere diventa un atto eroico.

Tuttavia l'Amministrazione del " Policlinico " non intende smentire il suo passato di premurosa cura più a vantaggio degli abbonati che proprio. Essa sosterrà qualsiasi sacrificio necessario per tenere in vita il giornale; e agli abbonati non chiede verun aumento nei prezzi di abbonamento, nè domanda altro concorso, all'infuori di un po' di buona volontà, che, a vero dire, costa poco.

L'Amministrazione, per procurarsi la carta, non solo è obbligata a presentare mensilmente il preventivo del consumo, ma deve necessariamente limitare la tiratura dei fascicoli al numero strettamante bastevole per gli associati al corrente coi pagamenti.

Noi chiediamo ai cortesi abbonati di renderci meno difficile questo compito, con la loro buona volontà, INVIANDO PRESTO IL PREZZO DELL'ABBONAMENTO PER IL 1918 e possibilmente prima del 31 dicembre. Così sarà molto agevolato il nostro lavoro e ci troveremo in grado di assicurare agli abbonati quella puntualità che è sempre stata il nostro vanto.

Ecco il favore che domandiamo ai nostri amici fedeli, e mentre siamo sicuri che ci verrà accordato, ci riserviamo di dimostrare loro la nostra gratitudine in un modo più tangibile che a parole.

L'Amministratore
Prof. E. MORELLI.

NOTIZIE DIVERSE

La Croce Rossa americana in Italia.

Il Quartier generale della Croce Rossa Americana è stato stabilito a Roma, sotto la direzione del maggiore Murphy, alto commissario per l'Europa. È stata creata una organizzazione grandiosa, che comprende tre Dipartimenti: Amministrazione, Affari militari ed Affari civili.

Il Dipartimento dell'Amministrazione ha costituito un ufficio centrale e varî uffici speciali per la contabilità, gli acquisti, i trasporti, i depositi e gli approvvigionamenti. Quarantasei carichi di materiali assortiti sono stati spediti per mare dalla Francia. Acquisti notevoli di altri approvvigionamenti sono stati fatti altrove in Europa. Un magazzino è stato creato in Roma; depositi succursali vengono istituiti a Genova, Firenze, Bologna, Napoli, Palermo, Milano, Torino. Sono in viaggio dagli Stati Uniti carichi di forniture da ospedale. L'ufficio degli Approvvigionamenti ha già spedito dal suo magazzino centrale letti assortiti e materiale di soccorso a Firenze, Bologna, Napoli, Catania, Livorno, Genova, Milano.

Il Dipartimento degli Affari militari ha stipulato contratti per altre cinquanta auto-ambulanze. Un centinaio di uomini sperimentati sono reclutati in Francia per prestar servizio su di esse, appena saranno pronte. Si stanno preparando progetti per aumentare nell'immediato avvenire il numero delle auto-ambulanze presso l'esercito italiano fino a duecento. Il servizio degli approvvigionamenti per gli ospedali della Croce Rossa Americana, in stretto accordo colla Direzione generale del servizio sanitario e col Quartier generale, ha compilato una lista del materiale occorrente a tutti gli ospedali militari italiani di qualsiasi classe e provvede rapidamente all'acquisto di esso. E' stato installato un magazzino per ricevere, imballare e spedire il materiale. La distribuzione degli approvvigionamenti è cominciata.

Il Dipartimento dell'Assistenza civile ha organizzato cucine economiche in varie città. Vestiario e materiale da letti è stato distribuito ai profughi. Fondi per l'acquisto di vestiti per i profughi sono stati forniti ai Comitati locali della Croce Rossa Italiana. Fondi per l'opera generale di assistenza sono stati inviati ai consoli americani ed alla «War Relief Clearing House» di Roma.

Un milione di lire è stato assegnato al Comitato romano per l'organizzazione civile per la sua opera di soccorso alle famiglie dei soldati e ai profughi; 100 mila lire sono state inviate alla sottoscrizione del «Giornale d'Italia», per fornire nutrimento, vestiario e materiale da letti ai profughi in Roma. E' stato autorizzato l'impianto ed il mantenimento per un anno di 150 letti per ricovero di profughi a Milano. Un capannone è stato costruito per ricovero dei profughi alla stazione ferroviara di Genova. Materiale da letti ed altri oggetti sono stati acquistati per fornire un asilo per lattanti al Comitato Friulano di Roma. Fondi e materie prime sono state date per assistere ed estendere i labo-

ratori di vestiario in Roma, ove lavorano le mogli e le figlie di soldati e di profughi.

Delegati viaggianti sono stati inviati per accertare le condizioni locali in tutta Italia e sono state date loro 300 mila lire in piccoli biglietti per l'opera generale di assistenza ai profughi, da distribuirsi con cautele accuratamente stabilite.

Ispettori viaggianti hanno visitato e riferito intorno alle organizzazioni di assistenza ed alle condizioni esistenti a Livorno, Genova, Milano, Torino, Bologna, Firenze, Foggia e Napoli.

Un Comitato composto di tre delle personalità più note e più esperte nell'opera di soccorso dell'America, il maggiore Ernest P. Bicknell, il dottor Edward T. Devine e Paul Kellog, prepara uno schema generale dei bisogni dell'assistenza in Italia. Questi tre ufficiali hanno avuto una lunga conversazione col ministro Bissolati.

Delegazioni del Dipartimento della Assistenza civile e Comitati locali si vanno istituendo in molte città d'Italia.

Il bilancio della Croce Rossa Americana.

L'Ambasciata degli Stati Uniti comunica: «Il Consiglio di guerra della Croce Rossa nazionale americana pubblica un prospetto delle somme raccolte e spese fino al novembre. Il totale delle somme finora raccolte ammonta approssimativamente ad ottanta milioni di dollari; il totale delle somme spese fino al novembre raggiunge quasi 41 milioni di dollari, di cui 27 milioni di dollari sono stati impiegati in opere di soccorso nei paesi alleati.

Per gl'invalidi di guerra affetti da tubercolosi.

Il Consiglio d'amministrazione per l'opera nazionale per gli invalidi di guerra, ad iniziativa del comm. Lutrario, direttore della sanità pubblica, si è occupato del problema dell'assistenza agli invalidi tubercolosi, nell'intento di stabilire i limiti d'azione dell'opera nazionale.

Venne accolto il concetto che l'assistenza sanitaria, così in ospedali come in ispeciali istituti, ai tubercolotici dichiarati invalidi della guerra a norma dell'art. 2 della legge 25 marzo 1917, n. 481, debba andare a carico dell'opera nazionale, che dovrà a tal'uopo stipulare fin d'ora apposite convenzioni coi maggiori centri ospedalieri e con istituti speciali, pel funzionamento di sezioni destinate al ricovero e alla cura degli invalidi medesimi.

Per un istituto climatico militare della Croce Rossa.

Alla Camera di Commercio di Milano sono convenute varia personalità che s'interessano alla soluzione del problema della tubercolosi, manifestatasi più largamente in conseguenza della guerra. Il maggiore Armani, ispettore della Croce Rossa per la III Circoscrizione (Milano), espose un progetto concreto per dar principio all'opera ideata dalla Croce Rossa, di ospitalizzare e curare i militari tubercolotici, facendo perciò affidamento sulle formali promesse del Governo. La Croce Rossa ha in animo di utilizzare una grande tenuta ch'è a 1200 m. sul livello del mare, a Cuasso al Monte (Varese), anticamente chiamata «Il Deserto», i cui vasti edifici servirono un tempo di Cenobio e più recentemente al frate filantropo padre Beccaro per la Colonia Agricola «Dandolo» per i fanciulli derelitti. L'acquisto della tenuta impegna 360 mila lire, ma per essa e per l'adattamento e l'allestimento di cinque padiglioni ad uso di tubercolosario con circa 300 letti, occorre un milione di lire che Milano certamente e prestamente darà. Già si erano raccolte 120 mila lire.

Dopo uno scambio di idee fra i convenuti si convenne di affrettare le intese con altri Enti.

Nuovo sanatorio per tubercolotici.

Il Consiglio provinciale di Verona ha deciso di contrarre un mutuo di 200,000 lire per iniziare la istituzione di un Sanatorio per tubercolotici.

Ospizio Marino a Bagnoli.

L'Istituto Ortopedico Ravaschieri, diretto dal prof. Curcio, ha ampliato l'Ospizio Marino a Bagnoli, che è alla sua dipendenza. Si sono costruite nuove sale infermerie, che possono contenere circa 200 letti.

Elargizioni e lasciti.

Il compianto sig. Carlo Carati, morendo, ha legato all'Ospedale Maggiore di Milano la somma di L. 300,000; la vedova, signora Ezzelina, ve ne ha aggiunte altre 100,000, per meglio assicurare l'esecuzione delle benefiche intenzioni del marito, e ciò faceva rinunciando a far valere nei confronti dell'Ospedale la nullità delle disposizioni testamentarie.

La munifica signora ha disposto che col complessivo capitale libero di 400,000 lire sorga, sull'area del nuovo grandioso Ospedale milanese, un padiglione di ottanta letti da intitolarsi ai coniugi Carlo ed Ezzelina Carati, lasciando facoltà al Consiglio ospitaliero di costruire un padiglione chirurgico o medico, a seconda dei più immediati bisogni dell'assistenza e del piano di costruzione generale del Nosocomio.

Un benefattore, che vuole conservare l'anonimo, ha elargito all'Istituto di aiuto materno e di assistenza ai lattanti di Bologna, amministrato dalla locale Congregazione di Carità, la somma di lire cinquantamila, facendo seguito ad altra precedente elargizione in due versamenti di complessive lire 55 mila.

L'ex Presidente del Consiglio, on. Boselli, che alcuni giorni sono visitò il nuovo Sanatorio del *Giornale d'Italia* sorto in Ariccia nel Parco Chigi, per dimostrare la favorevole impressione riportata, ha elargito alla benefica istituzione la somma di lire 25000.

S. A. R. la Duchessa d'Aosta ha elargito alla Società Napoletana Antitubercolare, presieduta dall'on. prof. Leonardo Bianchi, la somma di L. 2000.

Un Comitato di signore italiane a Valparaiso (Chile) ha raccolto la somma di lire 100,000, destinandola all'Opera italiana dei mutilati di guerra.

La Cassa Nazionale d'assicurazione per gl'infortuni degli operai sul lavoro ha deliberato di contribuire al soccorso finanziario dei profughi veneti con L. 10,000.

Tale somma è stata versata al Ministero dell'Interno.

Congresso chirurgico interalleato.

Si è tenuta a Parigi, nel Val-de-Grâce (Scuola di sanità militare), la 3ª sessione della Conferenza chirurgica interalleata.

La seduta inaugurale venne presieduta dall'onorevole Justin Godart, sottosegretario di Stato per i servizi sanitari.

L'ordine del giorno recava i temi seguenti: risultati remoti del trattamento delle fratture del femore; trattamento delle fratture articolari; complicazioni secondarie e tardive delle ferite del cervello; risultato funzionale delle operazioni eseguite sui nervi periferici.

La Scuola Minich a Venezia.

Il 3 novembre venne inaugurato a Venezia l'anno di studi della Scuola Pratica di Medicina e Chirurgia «Angelo Minich»; intervennero alla cerimonia i due colonnelli direttori degli Ospedali dell'Esercito e della Marina, l'assessore all'igiene, molti medici militari e civili. Il prof. Davide Giordano lesse il discorso inaugurale sul tema: «Gli irregolari della medicina».

Conferenze.

All'Ospedale Militare Principale di Venezia il maggiore medico G. Del Lago ha letto due conferenze sui gas asfissianti.

L'idoneità fisica per i motoristi di aviazione.

Il Ministero delle armi e munizioni ha determinato che per l'ammissione dei militari ai corsi di motoristi di aviazione sia sufficiente nei riguardi della idoneità fisica un certificato medico attestante le buone condizioni fisiche dell'aspirante con la esplicita dichiarazione che egli possieda ottima vista, anche se tale grado di perfezione visiva sia raggiunto con uso di occhiali.

Per l'industria del freddo.

Presso il Ministero di agricoltura è stata istituita una Commissione per l'industria del freddo, presieduta dall'on. Sanarelli.

I lavori della Commissione sono stati inaugurati dal ministro on. Miliani, che ha illustrato l'importanza di questa industria nei riguardi del problema annonario, ed ha pregato gl'intervenuti di formulare proposte concrete, ispirate a praticità, e tali da essere tradotte in provvedimenti di sollecita applicazione.

L'on. Sanarelli, presidente, ha ringraziato il ministro di agricoltura per i criteri esposti e per aver dato soddisfazione, con la nomina della Commissione, ai voti formulati dagli interessati.

Martire del dovere.

Di una setticemia contratta nell'apprestare assistenza ad un militare, quale dama Samaritana, si è spenta in Roma l'esistenza della professoressa Giuseppina Tortima in Bianchi, della R. Scuola normale Vittoria Colonna.

La cittadinanza ha reso un commosso omaggio alla donna virtuosa e gentile, che sentiva e praticava i più alti doveri e che ha fatto dono di sè alla Patria.

Condanna di un ufficiale medico.

Il Tribunale militare di Napoli, presieduto dal colonn. Vercelliana, dopo l'escussione di moltissimi testimoni e malgrado la difesa di parecchi valentissimi avvocati, ha condannato il magg. medico cav. Antonio Di Renzo (addetto al 39° regg. fanteria), imputato, in correità con un sergente, un caporale e quattro soldati, di corruzione per aver ricevuto danaro e regali diversi per dichiarazioni di malattia, di inabilità alle fatiche di guerra, e di licenza.

La sentenza, pronunciata dopo molte ore di studio in Camera di consiglio, ha inflitto al Di Renzo quattordici mesi di reclusione militare, previa destituzione.

A soli 48 anni è morto in Parigi il noto biologo FELICE LE DANTEC, incaricato di embriologia comparata alla Sorbona.

Ha compiuto interessanti ricerche d'istologia e di fisiologia; ma il suo nome resterà specialmente affidato ai suoi molteplici studî di filosofia scientifica, i quali lo resero poco accetto alla scienza ufficiale e accademica, di modo che egli non conseguì nell'insegnamento la posizione alla quale sicuramente lo chiamavano il suo fervido ingegno, la sua poderosa coltura, l'originalità della sua produzione.

R. B.

Indice alfabetico per materie.

Alimentazione delle truppe di terra italiane . . . . Pag. 1446
Amputazione della gamba al terzo superiore . . . . » 1441
Arsenobenzolo nelle sifilidi cardiovascolari . . . . » 1444
Atti parlamentari . . . . » 1450
Cranioresezione: tecnica . . . . . . » 1442
Divisa militare: modificazione al collo . » 1438
Ferite d'arma da fuoco penetranti nel ginocchio . . . . » 1441
Ferite penetranti del torace e loro cura. Pag. 1432
Fuga nella malattia . . . . » 1439
Lupus eritematoso: cura . . . . . . » 1447
Medici italiani (Il dovere dei) nell'ora presente . . . . » 1429
Proiettile nel cuore . . . . » 1442
Rieducazione funzionale nelle lesioni organiche del cervello . . . . » 1445
Scapola: margine vertebrale . . . . . » 1442
Sifilide dello stomaco . . . . » 1443
Sifilide: eredità paterna . . . . . . » 1443

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali
(28)
L. Pozzi, resp.

Anno XXIV. *Roma, 9 dicembre 1917* Fasc. 50.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Rivendicazioni: R. Jemma: Breve nota storica sull'introduzione dell'antimonio nella terapia della leishmaniosi interna. — **Riviste sintetiche**: G. Dragotti: Le radicoliti. — **Osservazioni cliniche**: V. Russo: Emoglobinuria parossistica in bambina eredo-sifilitica. — **Note e contributi**: P. Mariconda: Sulla morfologia del bacillo tubercolare. — **Questioni del giorno**: L. Guidi: Le ferite di guerra e la profilassi delle infezioni chirurgiche.
Appunti di medicina pratica: **Note di tecnica**: Determinazione dello zucchero nell'urina e nel sangue. — CASISTICA E TERAPIA: Gravi disturbi gastrici prodotti da gas lagrimogeni. — Trattamento dell'occlusione intestinale. — La cura degli ossiuri. — **Medicina sociale**: La difesa sociale del lattante. — **Posta degli abbonati**. — **Cenni bibliografici**.
Nella vita professionale: Cronaca del movimento professionale. — **Risposte a quesiti e a domande**. — **Condotte e concorsi**. — **Nomine, promozioni ed onorificenze**. — **Filippo Bottazzi**. — **Notizie diverse**. — **Indice alfabetico per materie**.

RIVENDICAZIONI.

Breve nota storica sull'introduzione dell'antimonio nella terapia della leishmaniosi interna

del prof. R. JEMMA,
direttore della Clinica pediatrica
della R. Università di Napoli.

La storia delle più importanti conquiste, sia nel campo medico che in altri campi della scienza, all'inizio presenta quasi sempre delle inesattezze; inesattezze prodotte dalla naturale ambizione dell'uomo, per cui, una volta avvenuta una scoperta ed accertata la sua reale importanza, sorgono subito molti pretendenti alla cosidetta *priorità*.

Ora, mentre un tale fenomeno con facilità poteva verificarsi in tempi ai nostri di molto anteriori per la lentezza delle comunicazioni e quindi per l'ignoranza in cui in un dato centro di studî si viveva sugli avvenimenti in corso in altri centri, non sembrerebbe più possibile oggi in cui è così rapido lo scambio delle idee tra centri lontanissimi gli uni dagli altri.

Deve quindi apparire molto strana la confu-

sione che si va facendo in questi ultimi anni sull'introduzione dell'antimonio nella terapia della Leishmaniosi interna, dopo che due giovani ricercatori italiani, Caronia e Di Cristina, annunciarono i primi successi in proposito.

Ad evitare lo stabilirsi di erronee nozioni, che, tramandandosi nella letteratura medica, potessero in periodi ulteriori obnubilare la realtà dei fatti, credo opportuno esporre in questa breve nota la storia obbiettiva dell'applicazione di questo nuovo metodo terapeutico.

Naturalmente i dati su cui mi fonderò sono quelli che fornisce la letteratura con le sue aride ma precise indicazioni di tempo, non quelle che potrebbero fornire le semplici affermazioni, più o meno postume, di qualche autore. Dopo che i risultati di una ricerca, fatta di lavoro paziente e di arditi tentativi, vengono resi di pubblica ragione, diventa cosa assai facile l'affermare di avere compiuto precedentemente la stessa ricerca; facile ed anche credibile se l'affermazione viene da persona di notoria competenza sull'argomento. Ma è ovvio ammettere come in tal modo sarebbe possibile frustrare il merito anche dei più grandi ricercatori, e quindi è giusto che nessuna affermazione postuma venga presa in considerazione, da chiunque possa provenire.

Con questi criteri procedo all'esposizione di ciò che riguarda la storia della *più importante applicazione curativa dell'antimonio*, cioè *la terapia della Leishmaniosi interna*, non senza far precedere, onde meglio chiarire i fatti, un breve cenno dell'impiego che l'antimonio aveva già trovato in altre malattie tropicali fino a tutto il 1914.

Tripanosomiasi. — La prima applicazione l'antimonio l'ebbe nella tripanosomiasi sperimentale dei ratti per opera di Plimmer e Thomson (novembre 1907), i quali ottenevano buoni risultati adoperando i sali di sodio dell'antimonio. Però è bene notare che più di un anno prima (giugno 1906) Nicolle e Mesnil, riferendo sui loro tentativi di cura della tripanosomiasi umana con preparati arsenicali, avevano accennato alla possibilità di tentare l'uso di preparati di antimonio e che lo stesso Mesnil in collaborazione con Brimont, a circa due mesi di distanza dalla comunicazione di Plimmer e Thomson (gennaio 1908), dava relazione dei felici risultati ottenuti nei topolini con l'uso del tartaro stibiato (1).

Nel marzo 1908 Manson tentava la cura di due casi di tripanosomiasi umana, prima per via ipodermica, poi, a causa della forte irritazione locale provocata dai sali di antimonio, per via orale, ottenendo risultati incerti.

Intanto dopo poco tempo (luglio 1908) venivano rese note le ricerche di Broden e Rodhain, che riferivano di brillanti successi mercè l'uso del tartaro stibiato per via endovenosa in parecchi casi di tripanosomiasi umana.

Alla relazione di questi due autori, cui spetta il merito di avere per i primi introdotto l'uso del tartaro stibiato per via endovenosa, seguiva a brevissima distanza (settembre 1908) una prima conferma di Martin e Leboeuf e quindi tutta una serie di ricerche sulla chemoterapia della tripanosomiasi umana sperimentale e degli animali, sì che oggi l'antimonio trova largo impiego come uno dei più efficaci farmaci contro le infezioni da tripanosomi.

Nella bibliografia che segue a questa nota sono elencate per ordine di tempo tutte le pubblicazioni in proposito fino ad oggi, di cui ci è stato possibile prendere nozione.

Leishmaniosi esterna. — Nella leishmaniosi esterna (cutanea e mucosa) dell'America del Sud, detta altrimenti *espundia, ulcera del Barù, buba*, ecc., la prima applicazione di tartaro stibiato per via endovenosa è dovuta a Vianna e Machado, che nel 1913 presentavano alla Società brasiliana di Dermatologia alcuni casi di leishmaniosi ulcerosa, pervenuti a completa guarigione mercè il nuovo metodo terapeutico.

Durante lo stesso anno e nel successivo 1914 altre conferme in proposito venivano da parte dello stesso Vianna e di altri autori: Terra, Da Silva, Carini, Carvalho, Lindeberg (che adoperò il triossido di antimonio per via endomuscolare), Lapa, Rabello, e più di recente D'Utra e Silva, Borya e Amoral, Torres, Escomel, Da Matta, Low (che riferisce la prima felice applicazione nel *bottone d'Oriente*).

Granuloma ulceroso. — Quasi nello stesso periodo di tempo un impiego efficacissimo trovava il tartaro stibiato in un'altra affezione dei paesi caldi, nel cosidetto granuloma ulceroso dell'America del Sud, per opera dello stesso Vianna e di Aragao, i quali nel 2° semestre del 1913, sul bollettino dell'Istituto O. Cruz, davano relazione di buon numero di casi pervenuti a completa guarigione.

A questa prima nota seguirono le conferme

(1) La memoria di Plimmer e Thomson fu letta alla Società Reale di Londra il 7 novembre 1907, comunicata al *Bulletin de l'Inst. Pasteur* alla fine del dic. 1907 e pubblicata nei *Proceedings* della Soc. Reale nel febbraio 1908. La nota di Mesnil e Brimont fu pubblicata nei primi di gennaio 1908. Quindi, a parer nostro, il merito della priorità dovrebbe essere ugualmente assegnato a Plimmer e Thomson e a Mesnil e Brimont.

di Terra e Rabello, di Machado, e recentemente di Breinl e Priestley, De Souza Araujo, Low e Newham.

Leishmaniosi interna. — Come si può dedurre da questi brevi accenni sull'applicazione dell'antimonio nella terapia di alcune malattie tropicali fino a tutto il 1914, notevoli progressi si erano realizzati, ma nessun tentativo era stato fin'allora segnalato per ciò che riguarda la Leishmaniosi interna nelle sue due forme (mediterranea ed indiana), che mietevano numerose vittime, resistendo a tutti i tentativi terapeutici.

Parecchi ricercatori si erano dedicati alla soluzione del grave problema, e già erano venute alla luce interessanti ricerche immunoterapiche e chemoterapiche. La chemoterapia però si era indirizzata principalmente agli arsenicali, sopratutto all'atoxil ed agli arsenobenzoli.

Dopo avere esaurito la serie delle ricerche immunitarie, nella mia scuola, Di Cristina e Caronia avevano intrapreso una serie sistematica di ricerche chemoterapiche, proponendosi di sottoporre ad esperimento anzitutto i metalli pesanti, di cui è noto il potere parassiticida. Venuti intanto a conoscenza delle felici applicazioni del Vianna nella leishmaniosi esterna, seguendo il criterio delle analogie esistenti tra le diverse forme di leishmaniosi, passarono subito dalle ricerche sull'arsenico a quelle sull'antimonio e nel gennaio 1915 pubblicavano una prima nota, la quale segna la soluzione di uno dei più gravi problemi terapeutici. Questi due autori, superando difficoltà tecniche non indifferenti nei piccoli bambini, riferivano su 8 casi di leishmaniosi infantile, curati durante il 2° semestre del 1914, parte da Caronia nella Clinica pediatrica di Napoli, da me diretta, parte da Di Cristina nella Clinica pediatrica di Palermo. Come conclusione delle loro ricerche essi *affermavano la specificità dell'antimonio nella terapia della leishamniosi infantile e ne preconizzavano l'uso nel kala-azar indiano.*

Difatti a due mesi di distanza il Castellani riferiva su di un caso di kala-azar curato a Ceylon, senza dare però il risultato definitivo della cura fatta a base di emetico e di arsenico per bocca e per via endovenosa. A dire il vero questo caso non potrebbe avere il valore di una conferma, sia per la sconoscenza dell'esito definitivo sia per la molteplicità dei mezzi curativi impiegati. Ma successivamente nel luglio dello stesso anno, 6 mesi dopo cioè la nota di Di Cristina e Caronia altre più sicure conferme portava il Rogers nelle Indie. Nessuna importanza naturalmente può avere il tentativo di costui di avocare a sè la priorità della scoperta e suonano precise, a proposito, le parole del Wenyon (1):

«... Se a Vianna è dovuto l'onore di aver «usato per il primo il tartaro stibiato per via «endovenosa nella leishmaniosi esterna, a Di «Cristina e Caronia, che l'hanno adoperato con «successo nel kala-azar, spetta l'onore della «priorità, anche se la possibilità dell'impiego «di questa sostanza fosse potuta nascere nella «mente di parecchie persone che si occupavano «di questa malattia».

Dopo quelle del Castellani e del Rogers, altre numerose pubblicazioni sono venute a confermare le prime ricerche di Di Cristina e Caronia, sia per quanto riguarda la leishmaniosi infantile, sia per quanto riguarda il kala-azar indiano, da parte di parecchi valorosi ricercatori, specialmente versati sull'argomento, quali: Muir, Mackie, Rai U. N. Brahmachari Bahadur, Rai H. N. Gosch Bahadur, Rogers ed Hume, Spagnolio, Jackson, Abate, Longo.

Fra le tante conferme, per cui ormai si può considerare debellato il terribile morbo nelle sue varie forme, sono specialmente notevoli i tentativi dello stesso Caronia, che è riuscito ad adoperare felicemente per via intramuscolare alcuni preparati di antimonio, già da Ulhenhut, Hugel, Multz sperimentati nella tripanosomiasi dei topi, nonchè quelli del Castellani e del Longo, che sono riusciti ad ottenere qualche risultato ricorrendo alla via orale. Meritano anche di essere menzionate le interessanti indagini del Pianese, che su materiale fornito dalla mia Clinica è riuscito a dare la dimostrazione anatomo-patologica dell'azione specifica dell'antimonio sui parassiti di Leishman.

Conclusione. — Riassumendo, l'obiettiva serena disamina della letteratura ci porta a stabilire che l'antimonio, il quale aveva già trovato felice impiego nella *tripanosomiasi* per opera di Plimmer e Thomson, nella *leishmaniosi esterna* per opera di Vianna e Machado, nel *granuloma ulceroso* per opera di Vianna ed Aragao, è stato per la prima volta e con felice esito adoperato nella *leishmaniosi interna* o *kala-azar* da Caronia e Di Cristina.

Chiudo questa breve nota, dove nulla ho tralasciato per riuscire conforme al vero, espri-

---

(1) *Trop. Dis. Bul.*, vol. IV, pag. 221, 1915. Nota al riassunto della 1ª pubblicazione del Rogers sulla cura antimoniale del kala-azar. Vedi anche: Low, *The History of the Use of intravenous Injections of Tartar emetic in Tropical Medicine.* Trans. of t. Soc. of Trop. Med. a. Hyg., dec. 1916.

mendo il voto che presto nuove conquiste vengano ad arricchire il campo della terapia a sempre maggior vantaggio dell'umanità sofferente.

Napoli, 1° agosto 1917.

BIBLIOGRAFIA.

Tripanosomiasi.

1. NICOLLE et MESNIL. Ann. de l'Inst. Past., juin, 1906.
2. PLIMMER a. THOMSON. Proceedings of Roy. Soc., seduta del 7 novembre 1907, vol. 80.
3. MESNIL et BRIMONT. Bul. de Path. exot., I, 1908.
4. MANSON. Ann. of Trop. Med. a. Parass., Mar., 1908.
5. MESNIL et BRIMONT. Bul. de Path. exot., 4, 1908.
6. BRODEN u. RODHAIN. Arch. f. Schiffs u. Tropenhygiene, Juli, 1908.
7. MARTIN et LEBOEUF. Bul. de Path. exot., 9, 1908.
8. HOLMES. Jl. of Trop. Vet. Sc., vol. 3, 1908.
9. LAFONT. Menzionato da Mesnil in Bul. de Path. exot., 8, 1908.
10. THIROUX et D'AUFREVILLE. Bul. de Path. exot., I, 1909.
11. MARTIN, LEBOEUF, RINGENBACH. Bul. de Path. exot., 6, 1909.
12. THIROUX. Bul. de Path. exot., 3, 1910.
13. LAVERAN. Bul. de Path. exot., 4, 1910.
14. MARTIN et RINGENBACH. Bul. de Path. exot., 4, 1910.
15. BRODEN et RODHAIN. Bul. de Path. exot., 4, 1910.
16. MARTIN et DEBRÈ. Bul. de Path. exot., 5, 1910.
17. FRY, PLIMMER, RANKEN. Proc. Roy. Soc., Nov., 1910.
18. KERANDEL. Bul. de Path. exot., 11, 1910.
19. DANIELS. Jl. Lond. Sch. of Trop. Med., vol. I, 1911-12, a. vol. II, 1912-13.
20. PECAUD. Jl. Lond. Sch. of Trop. Med., 1912.
21. JOUNG. Univ. of Durham College of Med. Gaz., Nov., 1912.
22. RANKEN. Proc. Roy. Soc., Mar., 1913.
23. UHLENHUT, MULZER, HÜGEL. Deuts. Med. Woch., 9, 1913.
24. KOLLE, HARTOCH, ROTHERMUNDT, SCHÜRMANN. Deuts. Med. Woch., 18, 1913 u. Zeits. f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther., I, 1913.
25. HARTOCH, ROTHERMUNDT, SCHÜRMANN. Centr. f. Bakt., Juni, 1913.
26. ULHENHUT, HÜGEL. Deuts. Med. Woch., 50, 1913.
27. BOURRETT. Ann. d'Hyg. et de Med. col., avr.-mai-juin, 1913.
28. MOUCHET et DUBOIS. Bul. de Path. exot., 7, 1913.
29. KOLLE, HARTOCH, SCHÜRMANN. Deuts. Med. Woch., 5, 1914 u. Zeits. f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther., 5, 1914.
30. V. D. HELLEN. Deuts. Med. Woch., Feb., 1914.
31. LURZ. Arch. f. Schiffs. u. Trop.-Hyg., Nov., 1914.
32. WERNER. Arch. f. Schiffs. u. Trop.-Hyg., Apr., 1914.
33. YORK a. BLAKLOCK. Ann. Trop. Med. a. Paras., Apr., 1914.
34. DANYSZ. Compt. Rend. Acad. de Sc., août 1914.
35. OEHLER. Zeits. f. Hyg. u. Infektionskr., Juni, 1914.
36. RUSSO. Ann. d'ig. sper., 2, 1914.
37. SCHILLING u. GORETTI. Zeits. f. Immunitätsforsch. u. exper. Ther., Dec., 1914.
38. AUBERT et MICHELLI. Bul. de Path. exot., I, 1915.
39. V. v. SACEGHEM. Bul. de Path. exot., 5, 1915.
40. DANIELS. Jl. Trop. Med. a. Hyg., 7, 1915.
41. HOFFMANN. Zeits. f. Hyg. u. Infektionskr., Aug., 1915.
42. SIMPSON. Jl. R. Army Med. Corps, Oct., 1915.
43. DANIELS a. NEWHAM. The Lancet, Jan., 1916.
44. V. SACEGHEM et NICOLAS. Bul. de Path. exot., 12, 1916.

Leishmaniosi esterna.

1. VIANNA e MACHADO. Bol. da Soc. Bras. de Derm., anno 2°, I, 1913.
2. TERRA. Bol. da Soc. Bras. de Derm., anno 2°, 2-3, 1913.
3. LINDEBERG. Ann. paul. de Med. e Cir., vol. 2°, 5, 1913.
4. VIANNA. Ann. paul. de Med. e Cir., vol. 2°, 6, 1913.
5. CARVALHO. Bol. da Soc. Bras. de Dermat., 1-2-3, 1914.
6. DA SILVA. Arch. Bras. de Med., april, 1914.
7. CARINI. Bul. de Path. exot., 4, 1914.
8. LAPA. Med. contemp., jun., 1914.
9. RABELLO. Bul. Soc. franc. de Derm. e de Syph., 7, 1914-15.
10. BORYA e AMORAL. Arch. Bras. de Med., fever-março, 1915.
11. D'UTRA e SILVA. Memorias do Instit. O. Cruz, vol. 7, 1915.
12. LOW. Jl. Trop. Med. a Hyg., Nov., 1915.
13. TORRES. Brazil med., feb., 1916.
14. ESCOMEL. Cronica medica, jul., 1916, e Bul. de Path. exot., 11, 1916.
15. DA MATTA. Bul. de Path. exot., I, 1917.
16. CASTELLANI. Malaria, I, 1917.
17. ESCOMEL. Bul. de Path. exot., mai 1917.

Granuloma ulceroso.

1. ARAGAO e VIANNA. Memorias do Instit. O. Cruz, vol. 5°, 1913.
2. TERRA e RABELLO. Bol. da Soc. Bras. de Dermat., vol. 2°, I, 1913.
3. TERRA. Bol. da Soc. Bras. de Dermat., 1-2-3, 1914.
4. MACHADO. Bol. da Soc. Bras. de Dermat., 1-2-3, 1914.
5. TORRES. Brazil med., jan., 1915.
6. DE SOUZA ARAUJO. Thes. Trab. do Instit. O. Cruz, 1915.
7. BREINL a. PRIESTLEY. Half-yearly Report of the Austral. of Trop. Med., July-Dec., 1915.
8. LOW a. NEWHAM. Brit. Med. Jl., Sept., 1916.

Leishmaniosi interna.

1. DI CRISTINA e CARONIA. *Sulla terapia della Leishmaniosi interna.* La Pediatria, 1° febbraio 1915; Bul. de Path. exot., 2, 1915; Pathologica, 15 febb. 1915; Deuts. Med. Woch., 14, 1915.

2. CASTELLANI. La Pediatria, 1° aprile, 1915; Jl. Trp. Med. a. Hyg., May, 1915.
3. ROGERS. Brit. Med. Jl., July 31, 1915; Ind. Med. Gaz., Oct., 1915.
4. MUIR. Ind. Med. Gaz., Oct., 1915.
5. JEMMA. Atti della R. Accad. Med.-Chir. di Napoli, vol. 2°, seduta del 28 novembre 1915.
6. PIANESE, menzionato da Jemma.
7. CARONIA, menzionato da Jemma.
8. MACKIE. Brit. Med. Jl., Nov., 1915.
9. RAI U. N. BRAHAMACHARI BAHADUR. Ind. Med. Gaz., Dec., 1915. a. Jan., 1916.
10. RAI H. N. GHOSH BAHADUR. Calc. Med. Jl., Jan., 1916 a. Oct. 1916.
11. CARONIA. *Impiego di nuovi preparati di antimonio per via intramuscolare ecc.*, La Pediatria, 1° Febb., 1916.
12. ROGERS a. HUME. Brit. Med. Jl., Feb. 26, 1916.
13. RAI U. N. BRAHAMACHARI BAHADUR. Ind. Med. Gaz., May, 1916.
14. DI CRISTINA e CARONIA. Malaria e malattie dei paesi caldi, 4, 1916.
15. SPAGNOLIO. Malaria e malat. dei paesi caldi, 4, 1916.
16. MUIR. Ind. Med. Gaz., Oct., 1916.
17. ABATE. Tesi di libera docenza, Catania, 1916.
18. CASTELLANI. Brit. Med. Jl., Oct 1916. Malaria, I, 1917.
19. ROGERS. The Lancet, Nov., 1916.
20. JACKSON. Ind. Med. Gaz., Dec., 1916.
21. LONGO. La Pediatria, luglio 1917.

RIVISTE SINTETICHE.

Le radicoliti.

Accanto alle affezioni centrali del midollo ed a quelle periferiche dei nervi esistono altre sindromi nervose caratterizzate da disturbi sensitivi o sensitivo-motori, la cui distribuzione corrisponde a quelle delle radici spinali. Queste sindromi sono le così dette radicoliti, che sono in rapporto ad un'infiammazione delle radici midollari nel loro decorso intrameningeo. Esse costituiscono una catena intermedia tra le mieliti e le nevriti.

Erano già note per opera di Duchenne, Erb, Dejerine-Klumpke le forme radicolari di origine traumatica, ma spetta a Dejerine ed alla sua scuola il merito di avere isolato le radicoliti spontanee ossia non traumatiche da tutte quelle forme che per il passato venivano considerate come nevralgiche o nevritiche. Se si fa infatti una revisione critica di alcune sindromi nevralgiche, si è condotti a dubitare che esse siano in rapporto con una qualsiasi lesione del rispettivo tronco nervoso.

Nella sciatica per esempio i disturbi sensitivi dominano tutto il quadro mentre quelli motorî nella grande maggioranza dei casi sono assenti, per modo che non si può legittimamente pensare ad una alterazione del tronco nervoso, bisogna invece ammettere una lesione isolata delle fibre nervose sensitive prima che si siano uniti a quelle motrici, bisogna cioè ammettere una lesione delle radici. D'altra parte l'esame della sensibilità in molte nevralgie permette di riconoscere una topografia nettamente radicolare dei disturbi, ed i fatti motori che talora accompagnano i disturbi della sensibilità hanno anche essi una distribuzione radicolare.

Le radicoliti sono verisimilmente legate ad un processo infiammatorio localizzato alle guaine meningee radicolari, processo che in primo tempo irrita le radici avviluppate dalle meningi infiammate, e che successivamente per reazione sclerosante produce dei fatti distruttivi. L'origine meningea della malattia è avvalorata dalla frequenza della linfocitosi nel liquido cefalo-rachidiano. E spesso la meningo-radicolite non è che il primo stadio della meningo-mielite. La causa più frequente della malattia è la sifilide; purtuttavia non si può concludere che tutte le radicoliti spontanee, che non siano cioè d'origine traumatica, neoplastica o meccanica o da compressione siano sempre sifilitiche e che nessun'altra infezione ne possa essere la causa. Una certa parte può

avere la tubercolosi che nelle sue localizzazioni vertebrali e meningee colpisce le radici prima di danneggiare il midollo; e talora si fissa solo alle prime senza diffondersi al secondo. Con tutta probabilità la maggior parte delle radicoliti sono una complicazione o un episodio delle meningiti generalizzate e come tali esse appartengono più alla patologia delle meningi che a quella del midollo. Ne sono stati descritti dei casi come conseguenza di meningite cerebro-spinale, di blenorragia, di scarlattina, ed anche forme semplicemente reumatiche.

Le lesioni radicolari si manifestano nella maggior parte dei casi come nevralgie, anestesie, paralisi ed atrofie muscolari degli arti con una topografia rispondente a quella di distribuzione delle radici compromesse e molto differente quindi dalla distribuzione dei disturbi stessi nelle lesioni dei tronchi nervosi periferici; ma esse si manifestano pure con sindromi intercostali, addominali, ed anche viscerali in rapporto con la irritazione delle rispettive radici. E si manifestano altresì con disturbi nel dominio dei nervi cranici: anestesie o nevralgie del trigemino, disturbi uditivi, paralisi oculari o facciali in rappòrto con un analogo processo di infiammazione meningea localizzata inglobante i nervi nel loro decorso sottoaracnoideo o più spesso ancora diffuso alle guaine radicolari che li accompagnano fuori della grande cavità meningea.

Corrispondentemente alla diversità di localizzazione del processo morboso alle varie radici partenti dall'asse midollare la sintomatologia clinica delle radicoliti è molto variabile. Tuttavia vi sono dei sintomi generali, comuni a tutte le radicoliti, i quali costituiscono i segni caratteristici dell'affezione e permettono di riconoscerla. Dejerine in una relazione che avrebbe dovuta essere letta al Congresso di Berna del 1914, ha data una dettagliata descrizione della sintomatologia generale delle radicoliti. Queste sono delle sindromi sensitive, talora sensitivo-motrici, ma mai, a prescindere dalle localizzazioni nei nervi cranici, esclusivamente motrici.

Disturbi sensitivi. — I più importanti tra questi sono i dolori, che assumono il tipo nevralgico, spontanei, continui con esacerbazioni, talora violentissime, paragonati dai pazienti a sensazioni di laceramento e che talora assumono addirittura il tipo di dolori folgoranti. Le radiculalgie non sono, come i dolori nevritici o come le nevralgie tronculari, esagerati dai movimenti, dalla pressione delle masse muscolari o dei tronchi nervosi. Nella sciatica radicolare per esempio, mancano i punti di Valleix ed anche il segno di Lasègue. Talora i movimenti che provocano uno stiramento delle radici sono molto dolorosi.

Così nella sciatico-radicolite la rotazione in fuori della coscia flessa sul bacino (segno di Bonnet), che determina una trazione dal plesso, produce spesso un dolore più forte di quello provocato con la ricerca del segno di Lasègue ossia con lo stiramento del tronco nervoso. All'arto superiore l'abbassamento della spalla produce spesso un dolore come quando si esercita una pressione sul punto di Erb. Un carattere particolare delle radiculalgie è la esagerazione del dolore con la tosse e lo starnuto: ciò che costituisce il segno dello starnuto. Questo consiste in dolori violenti, irradiati a tutto l'arto per modo che il paziente non osa nè tossire, nè soffiarsi il naso. Se non si può trattenere cerca di mitigare il dolore, allorchè questo ha sede agli arti inferiori, assumendo delle attitudini speciali: se sta in piedi si accovaccia, se sta a letto si raggomitola, flette fortemente la testa sul torace per diminuire il rimbalzo delle scosse della tosse sulla pressione intracranica ed evitare così l'urto del liquido cefalo-rachidiano sulle radici malate. Questi dolori provocati dalla tosse e dallo starnuto possono mancare nelle radicoliti croniche ed antiche, ma sono uno dei caratteri più costanti e più significativi delle infiammazioni radicolari sopratutto al loro inizio. Oltre a questi dolori si hanno sensazioni di formicolio, di intirizzimento, di caldo o di freddo, la cui topografia è così precisa che il malato stesso la disegna, e che hanno molto analogia con le sensazioni dell'acroparestesia.

Disturbi obbiettivi della sensibilità. — Questi consistono ordinariamente in ipoestesie, talora, ma molto raramente, anche anestesia quasi completa; in qualche caso specie al principio della malattia anche iperestesia.

L'ipoestesia ordinariamente riguarda tutte le sensibilità superficiali e profonde, in qualche caso per altro di radicolite cronica si è potuto constatare un accenno a dissociazione tabetica con disturbi più accentuati della sensibilità profonda. Spesso nelle radicoliti acute si incontra insieme una ipoestesia tattile ed una iperestesia dolorosa. Tutti questi disturbi della sensibilità hanno per carattere essenziale una topografia strettamente radicolare. Talora capita che le radici vicine sono inegualmente lese, per modo che si può osservare una striscia di semplice ipoestesia vicina ad una d'anestesia; talora si troverà anche accanto ad un territorio anestesico una striscia di iperestesia che dimostra la semplice irritazione della radice corrispondente.

Disturbi dei riflessi. — I riflessi tendinei possono essere esagerati, indeboliti, aboliti o invertiti. L'esagerazione è molto rara, si incontra solo all'inizio dell'affezione ed è l'esponente del processo d'irritazione. La diminuzione o l'abolizione dei riflessi limitata esclusivamente al territorio invaso costituisce il sintomo caratteristico delle radicoliti: questo disturbo è naturalmente limitato al territorio radicolare affetto. Anche il fenomeno della inversione dei riflessi tendinei è molto frequente.

Disturbi motori. — Sono molto rari ed in genere si sovrappongono ai disturbi sensitivi. Essi consistono in un indebolimento muscolare che può andare fino alla paralisi completa flaccida accompagnata da atrofia in alcuni casi molto pronunziata. È talora preceduta da uno stato d'irritabilità motrice che si manifesta con crampi. L'atrofia muscolare per altro si può a lungo andare verificare anche nelle forme unicamente sensitive.

Disturbi trofici. — Nelle forme croniche si osservano disturbi trofici cutanei: caduta dei peli, disordini vaso-motori, cianosi, ipertricosi, scomparsa delle creste papillari, incurvamento delle unghie, raffreddamento delle estremità.

Sono stati anche constatati casi complicati col male perforante e ad una ipertrofia delle ossa. Anche i disturbi simpatici quali le modificazioni della secrezione sudorale non sono molto rari. Ed al riguardo Dejerine avanza la ipotesi che certe sindromi nevralgiche, eruzioni purpuriche o zosteriformi, edemi localizzati, la cui causa ordinariamente sfugge, possono essere attribuite a lesioni radicolari.

*
* *

Le radicoliti possono assumere un decorso *acuto*, *sub-acuto* e *cronico* e talora anche una forma *recidivante*.

Per quel che riguarda la prevalenza dei sintomi possono distinguersi in *sensitive*, *motrici* e *sensitivo-motrici*. Le forme unicamente motrici sono rarissime. Quelle sensitive si manifestano con maggiore frequenza all'arto inferiore e corrispondono in genere al tipo più leggero, mentre quelle sensitivo-motrici sono più frequenti all'arto superiore ed in genere hanno un decorso più grave.

In rapporto alla loro localizzazione si possono distinguere quattro forme di radicoliti: 1° *lombo-sacrale;* 2° *cervico-brachiale;* 3° *dorsale;* 4° *disseminata*.

1. Le radicoliti *lombo-sacrali* sono le più frequenti. Esse assumono molto spesso il tipo della sciatica e con questa affezione sono spesso confuse. L'assenza del segno di Lasègue e dei punti di Valleix sono fatti che devono mettere sull'avviso per fare escludere una lesione del tronco del nervo e fare ricercare i sintomi in rapporto a lesioni delle sue radici. A vero dire il termine di *sciatico-radicolite* non è sempre esatto. Se è molto comune incontrare casi nei quali l'irritazione radicolare si limita precisamente alle radici del nervo sciatico (V lombare, I e II sacrale) molte volte le lesioni le sorpassano invadendo le radici lombari superiori dando una sindrome di *sciatico-crurite* oppure si limitano al dominio di una o due radici dello sciatico dando una sindrome *sciatico-radicolare parziale o dissociata*.

Oltre le sciatico-radicoliti si hanno altri tipi nei quali sono lese altre radici lombari, come quelle che danno origine al crurale ed all'otturatore e che si manifestano con disturbi nel territorio di distribuzione di questi nervi. Le radici lombari superiori sono lese molto raramente, tuttavia Dejerine ha osservato un caso di nevralgia nel dominio del femoro-cutaneo, a tipo di meralgia parestesica, che non era altro che una radicolite della I e II lombare.

La maggior parte delle radicoliti degli arti inferiori sono unicamente sensitive, tuttavia si possono avere anche delle paresi o anche delle paralisi complete limitate quanto i disturbi sensitivi; così si possono avere paralisi con atrofia dei muscoli tibiale anteriore ed estensore proprio dell'alluce (L^4, L^5, S^1), estensori delle dita (L^5, S^1), estensori delle dita e peronei laterali con integrità assoluta del tibiale anteriore (L^5, S^1, S^2), tricipite crurale e tibiale anteriore (L^3 e L^4) ecc.

Tali disturbi motori sono di varia intensità e non sempre coincidono con i disturbi sensitivi. I riflessi tendinei sono di solito aboliti o molto indeboliti: l'abolizione o l'indebolimento del riflesso rotuleo (L^3, L^4) e quello achilleo (S^1, S^2) sono frequentissimi. Lo stato del riflesso cutaneo plantare è in rapporto alla sensibilità della pianta del piede. Del pari frequenti sono i disturbi trofici. Le radicoliti dell'arto inferiore sono quasi sempre unilaterali, e quando sono bilaterali sono raramente simmetriche per diffusione, intensità e per epoca di inizio.

Non sono mai state osservate radicoliti *sacrococcigee* isolate. Le vere sindromi sacro-coccigee con anestesia perineale e disordini sfinterici sono sempre in rapporto con pachimeningite voluminosa, tubercolare o sifilitica, della cauda equina, la comprime le ultime radici sacrali.

2. Le radicoliti *cervico-brachiali* sono meno frequenti ed assumono più spesso la forma sensitivo-motrice. È raro che siano lese tutte le

radici del plesso brachiale o cervicale: il più delle volte la lesione è localizzata a qualche radice, talora ad una sola, dando luogo a sintomi sensitivi e motori molto limitati.

All'arto superiore sono attaccati particolarmente due gruppi radicolari, uno superiore (C^5 e C^6) ed uno inferiore (C^8 e D^1).

Le radicoliti del gruppo inferiore sono le più frequenti sia che consistono in semplici nevralgie della zona interna dell'avambraccio e della mano, sia che si accompagnino a disturbi motori degli interossei, dei muscoli delle eminenze tenare ed ipotenare e dei flessori delle dita.

In questi casi la pelle della mano diventa liscia e fredda. Il riflesso periosteo cubitale è ordinariamente abolito anche se si tratti di una forma puramente sensitiva.

Si osserva qualche volta il fenomeno della inversione caratterizzato dalla contrazione del bicipite e del lungo supinatore in seguito alla percussione dell'apofisi stiloide del cubito, mentre il riflesso normale consiste in un leggero movimento di pronazione della mano e di flessione delle dita. Oltre all'anestesia della zona interna del braccio, dell'avambraccio e della mano si può avere anche un'astereognosia a distribuzione radicolare limitata: gli oggetti non sono riconosciuti quando sono posti nella regione interna della mano chiusa o sulle due ultime dita. Spesso anche le radici dorsali superiori sono lese ed allora i disturbi sensitivi sono diffusi a tutta la regione interna del braccio e talora invadono anche il tronco. Spesso si hanno anche disturbi oculo-simpatici (enoftalmo, miosi, restringimento della rima palpebrale).

Le radicoliti superiori del plesso brachiale (C^5, C^6) sono più rare. I disturbi sensitivi si localizzano al lato esterno del braccio e dell'avambraccio e diminuiscono progressivamente dalla spalla al pugno. I disturbi motori colpiscono il deltoide, il bicipite, il brachiale anteriore ed il lungo supinatore. Il riflesso periosteo radiale è abolito anche nelle forme puramente sensitive. Frequente è pure il fenomeno dell'inversione che consiste in una contrazione dei pronatori e flessori delle dita, dovuti alla irradiazione riflessa propagata alle C^8 e D^1, in seguito alla percussione del radio. Talora si trova anche un indebolimento del riflesso olecranico. Le radicoliti superiori possono diffondersi alle radici cervicali ed anche limitarsi ad una sola radice dando una sindrome dissociata.

Molto eccezionali sono le radicoliti brachiali medie, ossia limitate alla VII cervicale.

Dejerine ne ha descritto un caso puramente sensitivo.

La partecipazione delle radici cervicali superiori alle radicoliti brachiali totali o brachiali superiori è molto frequente. Ne sono stati descritti dei casi nei quali oltre ai muscoli dell'arto già indicato erano paralizzati i muscoli sopra- e sotto-spinosi, il trapezio ed il romboide. È probabile che molte nevralgie cervicali abbiano un'origine radicolare.

3. Le radicoliti *dorsali* oltre ad essere associate con le forme di radicoliti brachiali inferiori possono verificarsi anche isolate. Chipault ha pubblicato sei osservazioni di nevralgie intercostali a forma radicolare, per le quali egli fu spinto a praticare la resezione delle radici dolorose: trovò lesioni d'aracnoiditi in placche molto localizzate. Dejerine ritiene che senza dubbio moltissime nevralgie intercostali persistenti e ribelli abbiano un'origine radicolare.

4. Le radicoliti *multiple*, *disseminate* sono molto rare. Esse di solito sono più gravi di quelle isolate, poichè sembrano l'esponente di una infezione meningea più acuta e diffusa. In tali forme la diagnosi è molto difficile perchè la sintomatologia è analoga a quella della polinevrite. Ma per la differenziazione basterà ricordare che le radicoliti sono quasi sempre inegualmente ripartite e che non hanno mai la simmetria della polinevrite e che anche la loro generalizzazione ha qualche cosa di ineguale e di asimmetrico che si associa ad una netta distribuzione topografica dei territorî radicolari ed ai sintomi di irritazione meningea diffusa.

***

I sintomi sopra enumerati, il tipo particolare dei dolori, le irradiazioni determinate dalla tosse e dallo sternuto, la topografia radicolare dei disturbi motori e sensitivi, l'unilateralità abituale dei sintomi, e l'assenza di disturbi simmetrici nei rari casi in cui la lesione è bilaterale sono segni sufficienti a distinguere nettamente le radicoliti dalle sindromi in rapporto a lesioni del midollo o dei nervi periferici. D'altra parte l'esame del liquido cefalo-rachidiano nel quale si rivela di solito una linfocitosi dà una preziosa conferma della natura meningea dell'affezione, per quanto si debba notare che questo segno può mancare nelle radicoliti antiche o incistate. Vi sono però alcune affezioni le quali hanno molti fatti comuni con le radicoliti; per la distinzione da queste forme morbose che sono le compressioni midollari, le nevralgie a tipo radicolare delle poliomieliti, lo zoster

e le sindromi-zosteriformi e la tabe occorre maggiormente insistere.

Tutte le compressioni midollari, intradurali o extradurali, determinano, comprimendo anche le radici, nevralgie, anestesie e paralisi radicolari. Questi sintomi sono particolarmente frequenti ed accentuati nel morbo di Pott e nelle pachimeningiti cervicali ipertrofiche. Talora all'inizio di questi processi le lesioni delle radici ed i relativi sintomi radicolari si hanno isolati: si ha insomma il periodo e la fase radicolare di queste affezioni. In questi casi la diagnosi differenziale è molto difficile. Le sindromi radicolari iniziali di altri processi sono è vero, spesso bilaterali, contrariamente a quello che si osserva nelle radicoliti semplici, ma ciò non costituisce una regola assoluta; esse hanno anche una evoluzione progressiva verso l'anestesia e la paralisi completa, ma anche in ciò si hanno delle eccezioni perchè i periodi di regressione temporanea non sono rari nel corso della pachimeningite. La diagnosi non può essere basata che sulla ricerca minuziosa dei sintomi midollari: se esiste anche un piccolo accenno di stato spasmodico o di irritazione piramidale al disotto delle lesioni radicolari, si può affermare che non si tratta di radicoliti semplici, ma di pachimeningite spinale con associazione di radicolite. Anche le compressioni da tumori, da morbo di Pott, da pachimeningite delle radici della cauda equina si manifestano essenzialmente con una sindrome radicolare. Ma più ancora che nella regione cervicale le lesioni ed i sintomi sono quasi sempre bilaterali e simmetrici, il decorso è regolarmente progressivo e le radici sacrali inferiori sono sempre compromesse. Questa simmetria, questa evoluzione progressiva, l'esistenza dei disturbi degli sfinteri sono segni che permettono di eliminare la diagnosi di radicolite semplice e far pensare ad una compressione o ad una pachimeningite della cauda equina.

Nella poliomielite talora ai disturbi motori che hanno un carattere radicolare (in rapporto al fatto che la topografia di ogni segmento midollare corrisponde al territorio della radice motoria che da esso emerge) si aggiungono dolori nevralgici. Se si tratta di quei dolori passeggeri che annunziano o accompagnano tanto spesso l'invasione della paralisi e che scompaiono in qualche ora, la diagnosi è facilissima. Ma si hanno dei casi, invero molto rari, nei quali i dolori persistono per parecchie settimane, irradiati sul tragitto dei tronchi nervosi o meglio nel dominio delle radici corrispondenti ai segmenti midollari lesi: in questi casi la diagnosi è molto difficile. Tanto più che non si sa ancora se questi dolori che caratterizzano le forme dette nevritiche della poliomielite sono dovuti alla partecipazione delle corna posteriori, ad un processo di radicolite concomitante, o all'esistenza di una lesione ganglionare, vera polio-mielite posteriore. In questi casi l'intensità dei disturbi motori, la invasione rapida della paralisi e dei disturbi sensitivi che l'accompagnano, nonchè gli altri fenomeni generali, parlano in favore della poliomielite.

La diagnosi differenziale con l'herpes zoster riesce difficile nei casi in cui manca l'eruzione ed in quelle forme di eruzioni zosteriformi che accompagnano alcuni processi radicolari. L'esistenza dello zoster senza manifestazioni cutanee o con eruzione molto leggera è stata ben dimostrata: si tratta di violenti nevralgie in cui la diagnosi di zoster si è potuto formulare unicamente in base al criterio epidemico ed alla distribuzione del dolore. In effetti questi casi sono rarissimi e nella maggior parte dei casi esaminando accuratamente il paziente si riesce sempre a rilevare qualche elemento di erpete nel territorio delle radici colpite. Un secondo problema riguarda le eruzioni zosteriformi che si hanno nel decorso delle sindromi radicolari. È noto che nel morbo di Pott e nella tabe si possono avere delle eruzioni limitate recidivanti, non accompagnate da febbre, in genere molto differente dal vero herpes. È certo che queste eruzioni sono in rapporto con fenomeni d'irritazione passeggera delle radici e dei gangli. Specialmente nei tabetici, dove queste eruzioni si accompagnano a recrudescenze di dolori folgoranti nella stessa regione, è evidente che si ha un vero attacco infiammatorio a livello delle lesioni radicolari e dei gangli adiacenti. Questi fatti quindi si riferiscono a quelle crisi di radicoliti che Dejerine ha indicate come episodî acuti nel corso della tabe e sono verisimilmente in rapporto a ganglio-radicoliti. Analogamente si possono interpretare le forme di zoster che si hanno nel corso della meningite tubercolare e nella meningite cerebro-spinale epidemica.

Tra tutte le forme meningee le radicoloiti sono quelle che meglio cedono agli agenti terapeutici. Nei casi nei quali è in causa la sifilide, e sono la maggioranza, un conveniente trattamento specifico conduce più o meno rapidamente a guarigione. Quando nell'etiologia non figura la sifilide ed in quelle forme che resistono al trattamento specifico si hanno notevoli vantaggi dalle cure locali. Queste consistono essenzialmente in revulsioni che agiscono a

quel che pare accentuando l'afflusso leucocitario a livello delle radici affette e facilitando così la fagocitosi degli agenti infettivi.

Si è anche consigliato la puntura lombare seguita da una iniezione intrarachidea di novocaina o di stovaina. È un procedimento però i cui inconvenienti non compensano gli eventuali vantaggi. Meglio rispondono nelle radicoliti lombo-sacrali (nelle forme più alte la tecnica è molto difficile) le iniezioni epidurali, che determinano un considerevole afflusso leucocitario nelle meningi della cauda equina e nelle guaine radicolari delle radici lombo-sacrali. Si possono dapprima iniettare da 5 a 10 cmc. di soluzione al 0.50 % di novocaina in siero fisiologico, e nei casi in cui questa iniezione rimanga senza successo ripeterla dopo avere aggiunto alla soluzione il 0.50 % di acido fenico. Occorrendo la iniezione si può ancora ripetere, ma in genere già dopo la prima si ha immediatamente un'attenuazione dei dolori che poi finiscono per scomparire completamente.

Benefici effetti dà anche la radioterapia.

Nei casi nei quali ogni trattamento rimane inefficace ed i dolori permangono in forma violenta si può ricorrere alla sezione delle radici posteriori intra o extra durale con o senza resezione dei gangli intervertebrali.

G. DRAGOTTI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Emoglobinuria parossistica in bambina eredo-sifilitica

pel dott. VINCENZO RUSSO,
primario all'Ospedale civile di Cefalù.

R... C... di Rosario, di anni 5, da Cefalù.

Il padre, discreto fumatore, è dotato di forte costituzione fisica; si contagiò, a suo tempo, di lue, la quale fu si e no curata. La madre ha avuto tre gravidanze a termine con decorso e parto regolari; il primo feto, di sesso mascolino, nacque morto macerato.

La R... è la seconda nata; di costituzione oligoemico-linfatica, mostra chiarissimi i segni della lue congenita: facies caratteristica, fronte quadrata, bozze frontali prominenti, radice del naso bassa ed appiattita, denti di Hutchinson, micropoliadenite cervicale. L'intelligenza è precocemente sviluppata.

Niente malattie acute precesse, salvo il morbillo che decorse in modo affatto regolare. La famiglia non dimora nè ha dimorato in contrade malariche.

Lo scorso autunno il padre mi viene a trovare e mi racconta che la bambina, trovandosi a villeggiare in campagna, era stata, a varie riprese, assalita da una crisi consistente in febbre, piuttosto alta, preceduta da brividi forti e prolungati, con emissione di urine intensamente rossastre; dopo parecchie ore la febbre cessava, le urine diventavano normali e tutto terminava. La famiglia era perciò assai allarmata e il povero padre chiedeva il mio consiglio. Lì per lì non potei fare che qualche supposizione diagnostica, più o meno probabile, prescrissi qualche cosa e consigliai il padre di ricondurre in paese la bambina allo scopo di intraprendere un esatto esame clinico e di stabilire una buona diagnosi.

Vidi pertanto la bambina alcuni giorni dopo e fui fortunato di assistere e presenziare ad uno degli accessi, che fu abbastanza caratteristico. Brividi intensi e prolungati; sconvolti i lineamenti del viso, su cui era dipinto un senso di angoscia e di smarrimento. I tegumenti cutanei apparivano fortemente pallidi con una lieve tinta subitterica. Indolenzimento spontaneo e provocato alle regioni renale ed epatica.

Seguì la febbre, la quale superò i 40° e tale si mantenne per parecchie ore, dopo di che andò abbassandosi fino a scomparire del tutto in mezzo a profusi sudori. Durante l'attacco si ebbe emissione di urina abbondante, la quale si presentava di colore rosso bruno intenso. Notevole il fatto che la bambina, all'atto dell'urinazione, provava dei bruciori e peso alla regione della vescica.

La crisi durò poche ore circa: poi la burrasca andò calmandosi e la bambina tornò come prima, sebbene un po' deboluccia ed anemizzata.

L'urina, dopo l'attacco andò chiarificandosi, finchè, dopo breve lasso, ridivenne normale.

Dato il soggetto, dati i caratteri così netti e precisi dello accesso, il quale, a detta dei parenti; s'era varie volte ripetuto in campagna, colle stesse modalità, e scartata per tante e valide ragioni la malaria, pensai subito alla emoglobinuria parossistica e feci diagnosi di conseguenza.

I singoli attacchi, con grande certezza, dovevano essere favoriti, nel loro sviluppo, dall'azione del freddo, il quale, in quel tempo, era di una certa intensità.

L'urina esaminata era di alto peso specifico, acida; lasciata a sè formava un sedimento brunastro e granuloso. Tanto col reattivo di Heller (soluzione di potassa) quanto col saggio di von Deen (tintura di guaiaco) mi fu agevole dimostrare chimicamente, nell'urina, la presenza della materia colorante del sangue. Per mancanza di mezzi non mi potei avvalere dello esame spettroscopico.

Pertanto posi mano subito al trattamento specifico, cui unii, alternandoli, gli arsenicali e i ferruginosi. Si ebbero, in seguito, altri 2 o 3 attacchi in tutto, sempre cogli stessi caratteri, ma d'intensità minore. Difatti i brividi erano appena accennati e la febbre non toccava più l'altezza di prima; nè le urine erano intensamente colorate, nè la tinta subitterica si vide più comparire. Breve, l'accesso s'era ridotto alle forme e alle proporzioni di un accesso abortivo.

Le condizioni generali della bambina, frattanto, grazie alla cura istituita, andarono sempre più migliorando e d'allora in oggi non si sono avuti più attacchi.

Con questo non intendo conchiudere che la

R... possa e debba dichiararsi guarita completamente e definitivamente, tutt'altro. Ma non è men vero che, effettivamente, la cura ha prodotto un vero e tangibile miglioramento, in quanto ha troncato e fatto disparire gli attacchi di emoglobinuria, pur nel cuore dell'inverno, quando più facile era lo svolgersi di questi. Così che noi formiamo lo augurio che tale miglioria, mercè il paziente proseguimento della cura, diventi permanente e suoni guarigione.

Questo il caso occorsomi nella pratica privata e che ho voluto brevemente riassumere, data l'importanza di questo capitolo di patologia, anche oggi, come vedremo, assai controverso e discusso.

* * *

L'emoglobinuria parossistica, descritta e studiata incompletamente da Steward, Royer, Harley e Dressler, è stata, ai nostri giorni, oggetto di importanti studi per parte di autori stranieri e nostrani: tra quest'ultimi il Murri, Silvestrini, Maragliano, Queirolo, Rossoni, ecc.

Molto discussa è ancora la patogenesi della malattia. Si può dire, in generale, che le principali teorie emesse in proposito possono ridursi a due, una renale, l'altra vasale. Secondo Murri « la condizione prima ed essenziale della malattia consisterebbe in uno stato morboso degli organi che presiedono alla formazione dei globuli rossi, così che alcuni di questi nascerebbero meno resistenti dell'ordinario all'azione anco modica del freddo e forse anco dell'acido carbonico; un secondo elemento morboso si avrebbe in una condizione di anormale eccitabilità dei centri dell'azione riflessa sulle fibre vaso-motrici ».

Maragliano dimostrò nel sangue appena estratto una specie di vulnerabilità dei globuli rossi, ma escluse l'influenza speciale del freddo.

Recentemente L. Feyes e Kentzler dimostrarono nel sangue di questi malati delle *autoemolisine*. Chabrol e H. Bernard, partendo dal principio che la teoria sanguigna non basta da sola a spiegare esaurientemente tutto, mettono in campo la così detta teoria spleno-renale, colla quale verrebbero conciliati i dati ematologici ed urologici e la concezione del fatto rimarrebbe completa.

Quanto alle cause della malattia esse ci sono poco note. Molti le cercano nella infezione luetica, ma in realtà non in tutti i casi si trova la sifilide. Murri in 36 osservazioni la trovò in 15 casi: in 2 la diagnosi rimase incerta, in 14 non se ne parla affatto e in 5 viene addirittura negata. Da tutto questo il Murri si credette autorizzato a ritenere che la causa più frequente dell'emoglobinuria p. sia la sifilide. Götze e Körster pubblicarono non pochi casi di emoglobinuria p. guariti con una energica cura specifica. Nè d'altra parte (Schmaltz) l'insuccesso della cura antisifilitica deporrebbe, in ogni caso, contro l'origine sifilitica della malattia, ma avrebbe lo stesso significato e lo stesso valore che l'insuccesso del mercurio nella tabe dorsale. Questo del mercurio, dice il Castellino, è un argomento di grande valore in appoggio della sifilide pregressa come causa dell'emoglobinuria p. ma non si deve esagerare l'importanza, potendo tale medicamento modificare la crasi sanguigna accrescendo la resistenza globulare. Gli è così che Castellino stesso ha potuto dimostrare l'efficacia del mercurio in molti casi d'anemia.

Dopo la sifilide viene, in ordine di frequenza, la malaria, la quale si complica spesso ad ittero.

Una certa importanza, secondo alcuni, avrebbero, nell'eziologia, i traumi e le influenze nervose. In altri casi, tuttavia, ci sfugge ogni elemento causale: sono i così detti casi *criptogenetici*.

Cefalù, luglio 1917.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALI MILITARI DI MANTOVA.
GABINETTO BACTERIOLOGICO

Sulla morfologia del bacillo tubercolare.
Alcune considerazioni

per il dott. PAOLO MARICONDA, cap. medico, direttore.

Come è noto, Much studiò le forme granulari del virus tubercolare dimostrando come in alcuni sputi che coi comuni metodi di colorazione sono negativi circa la presenza del bacillo di Koch, per mezzo di uno speciale metodo, vengono in essi messi in evidenza alcuni granuli sul cui valore diagnostico ci sono molte divergenze fra gli autori. Alcuni considerano i granuli come corti bacilli senza ammettere differenza vera e propria fra il tipo granulare e il tipo bacillare, altri considerano i granuli come forme di passaggio o forme resistenti, e finalmente altri ritiene siano delle forme in degenerazione.

Mircoli osservò alcune forme simili allo streptococco che il bacillo di Koch assumerebbe in speciali condizioni individuali e sopratutto quando il focolaio tende alla guarigione.

A me interessa far rilevare come in tutti gli esami di sputi da me eseguiti col metodo dell'antiformina nel periodo di tempo durante il quale ho diretto il laboratorio bacteriologico degli Ospedali di Mantova, e che sono riusciti negativi in almeno 300 casi, in questi ripetendo

gli esami col metodo di Much ho potuto osservare le forme granulari in parola, e precisamente sopra 300 ho ritrovato una settantina di casi positivi per i granuli di Much.

I metodi di Much, come è noto, sono tre per la colorazione dei granuli, ma il secondo dà meno precipitati, colorando con una soluzione di metil violetto saturando 10 cmc. di alcool assoluto con violetto di metile e aggiungendo 100 cmc. di acido fenico al 2 % e bollendo in tale soluzione il preparato per pochi minuti, passandolo indi qualche minuto nel Lugol, un minuto in acido nitrico al 5 %, 10 secondi in alcool cloridrico al 3 % e lavandolo in alcool-acetone a parti eguali.

Riporto uno specchietto degli esami eseguiti:

MESI	Complessivamente	Risultati positivi	Risultati negativi	*Osservazioni*
Nov. 1915	15	3	12	Dal Nov. fino a Luglio gli esami furono eseguiti dal mio predecessore Prof. Di Donna, ma non per i granuli di Much. Il periodo più pieno di esami è precisamente dal Luglio al Febbraio durante il quale ho diretto il laboratorio di Mantova.
Dic. »	24	5	19	
Gen. 1916	29	4	25	
Feb. »	18	4	14	
Mar. »	37	4	33	
Apr. »	43	7	36	
Mag. »	46	8	38	
Giug. »	41	12	29	
Lugl. »	48	11	37	
Agost. »	64	13	51	
Set. »	62	8	54	
Ottob. »	80	3	77	
Nov. »	74	5	69	
Dic. »	82	11	71	
Gen. 1917	17	2	15	
	680	100	580	

Dallo specchio si rileva come la ricerca del bacillo tubercolare sia riuscita positiva cento volte su 680 sputi coi comuni metodi dello Ziehl-Nelson modificato da Gabbet e 580 volte negativo. Però in 300 casi negativi in cui c'erano fatti a carico della pleura e degli apici polmonari o dei bronchi furono trovati in una settantina di casi i granuli di Much.

In tali casi si poterono subito porre i soldati in lunga licenza per mezzo dei sintomi specialmente rilevati da colleghi che fondarono la loro diagnosi sui sintomi clinici poichè io non potevo dare la prova bacteriologica positiva.

È da tenersi però in grande considerazione la ricerca da parte di tutti i batteriologi dei granuli di Much perchè di somma importanza contribuendo con le altre prove biologiche, cliniche, fisiche, ecc., a diffondere luce per la profilassi del terribile morbo.

Mantova, marzo 1917.

Pubblicheremo **prossimamente**:

R. MOSTI, ***Il trattamento delle ferite settiche di guerra col siero antipiogeno polivalente.***

QUESTIONI DEL GIORNO.

Le ferite di guerra e la profilassi delle infezioni chirurgiche.

(H. VINCENT. *Bulletin de l'Acad. de Médecine*, 3ª serie, vol. LXXVII, 1917).

Quando si esamina la flora batterica sviluppata sulle ferite di guerra si constata la proliferazione rapida dei batteri e la loro grande varietà. Il *bac. perfringens*, il *proteus vulgaris*, il *bac. coli*, il *pyocyaneus*, il *difteroide di Wright*, il *bacillus fusiformis*, lo *stafilococco*, il *tetragono* sono stati riscontrati nelle ferite; e la loro presenza, secondo Wright, Policard e Phelip, Fiëssinger, Bowlby si può accertare dalla nona alla decima ora dopo il momento della ferita. Secondo Carrel e Dakin già alla sesta ora si nota una precoce proliferazione di microrganismi attorno al proiettile; secondo l'A. tale proliferazione può rilevarsi in modo apprezzabilissimo già dalla quarta o quinta ora.

La maggior parte di germi appartiene alle specie che si riscontrano nel suolo e nelle materie fecali; il che spiega perchè le gravi infezioni si manifestano a preferenza agli arti inferiori, perchè nei periodi di pioggia in cui più facile è l'insudiciarsi di terra più facili sono le infezioni, perchè infine le zone di combattimento dove il suolo fu più coperto di cadaveri e di deiezioni umane sono il punto di origine delle più gravi infezioni settiche e delle cancrene gassose. Facile è immaginare come queste infezioni si propaghino, favorite dalla abbondanza di masse muscolari di solito lacerate dal trauma, è come infiltrandosi lungo i connettivi tra loggia e loggia muscolare rendano inefficace qualunque tardivo intervento nonostante la cruentazione e la disinfezione più accurata. Fiessinger ha isolato il vibrione settico a quattro centimetri di profondità in mezzo a fibre muscolari di apparenza normale.

È pertanto all'inizio dell'infezione, possibilmente prima di essa, che bisogna intervenire poichè è dalla prima medicatura e dalla sua efficacia che dipende spesso la prognosi chirurgica del ferito; e tanto più sarà efficace la lotta contro la infezione per quanto più precoce sarà stata la disinfezione. Si rende necessaria cioè una vera profilassi chirurgica delle infezioni delle ferite di guerra: mentre l'antisepsi sarà difatti quasi sempre insufficiente ed incapace a distruggere i microrganismi patogeni già proliferati e sparsi nelle profondità dei tessuti; si ha il diritto di sperare in risultati più efficaci all'inizio dell'infezione prima che essa

abbia avuto il tempo di svilupparsi e di attaccare i tessuti sani.

Se si riuscirà adunque a sostituire nel posto di soccorso la prima medicatura, di solito senza azione protettrice, dal moltiplicarsi dei microrganismi, con una vera disinfezione preventiva delle ferite; si dovrà ottenere una diminuzione delle sepsi locali e generali che le accompagnano; ed un concomitante abbassamento della cifra delle amputazioni e della mortalità dei soldati.

Preoccupato da questo problema l'A. che aveva iniziato delle ricerche nel 1894 applicandole con risultati assai soddisfacenti nel 1896 sui feriti di guerra del Madagascar, ha ripreso i suoi studî nel 1914, all'inizio delle ostilità, preconizzando l'uso di un miscuglio di polvere di ipoclorito di calcio ed acido borico dal quale molti medici ottennero effetti favorevolissimi. Egli dà la preferenza alle polveri perchè meno ingombranti delle soluzioni e però più adatte per l'uso in un posto di soccorso ed ha sperimentato l'ipoclorito di calcio, il solfato di rame, il borato di sodio, l'acido borico, il formiato di sodio, il fluoruro di sodio, il permanganato di potassio, il cloruro di zinco, lo iodoformio, ecc. Le ricerche furono fatte comparativamente per constatare quale di tali antisettici avesse maggiore efficacia nel prevenire o nell'arrestare lo sviluppo dei germi del suolo o del secreto della cancrena gassosa in sospensione nel brodo. L'ipoclorito di calcio risulta il più attivo in modo manifesto ed alla dose più debole.

In una seconda serie di esperienze l'A. cercò di determinare a quale eccipiente potesse associarsi l'ipoclorito per la sua applicazione sulle ferite dell'uomo. Furono successivamente provati il carbone, il talco, il carbonato di calcio e di magnesia, il cloruro di sodio, l'acido borico, il borato di sodio, il solfato di sodio anidro, ecc., ma la maggior parte di essi si addimostrò inutilizzabile: o perchè attenua e talora neutralizza l'azione dell'ipoclorito; o perchè forma un miscuglio facilmente deliquescente, difficile perciò a conservare. L'acido borico officinale polverizzato che possiede un leggero potere antisettico ed è appena tossico ha dato i migliori risultati.

La formola del miscuglio è la seguente:

Ipoclorito di calcio titolato a 100-110 litri di cloro per chilogramma gr. 10

Acido borico officinale polverizzato gr. 90

(polverizzare separatamente, mescolare con accuratezza e conservare in vaso asciutto di vetro colorato).

Con tale miscuglio è stata praticata la medicatura di lesioni delle parti molli, delle ossa, delle piccole e grandi articolazioni, del cervello, ecc., dalle più lievi alle più gravi, formandosi la persuasione che esso non danneggia alcuno dei tessuti viventi, è perfettamente tollerato, non ostacola ma favorisce la cicatrizzazione mantenendo le ferite secche, inodore e prevenendo con notevole efficacia lo sviluppo delle infezioni.

Certamente non è possibile sperare di sottrarre tutti i feriti alle complicazioni settiche, tanto più che l'azione antisettica non si esercita che là dove la polvere arriva a contatto dei germi; e nelle drammatiche circostanze in cui il chirurgo porta la sua opera di soccorso le imperfezioni di tecnica sono più che spiegabili; ma in ogni caso si può ottenere una limitazione della gravità dell'infezione.

La medicazione preventiva costituisce adunque una specie di imbalsamazione che impedisce o attenua la pullulazione dei microrganismi trasportati dai proiettili, dai frammenti di vestiario, dal terreno, ecc., e sospende nella maggior parte dei casi la fase silenziosa che è la più temibile.

L'applicazione delle medicature è facile poichè non essendovi alcun inconveniente ad usare con abbondanza questa polvere antisettica, la si versa direttamente dal flacone su la ferita se essa è in superficie o vi si introduce per mezzo di un insufflatore se è profonda o trasfossa. Si ricopre poi la ferita con uno strato abbondante di medicatura. Il miscuglio di ipoclorito di calcio ed acido borico si discioglie lentissimamente essendo i suoi componenti poco solubili, e sviluppa di continuo delle piccole quantità di cloro che allo stato nascente riesce assai efficace. A ciò si aggiunge che contenendo l'ipoclorito circa il 7 % di cloruro di calcio presenta anche una marcata azione emostatica.

L. GUIDI.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

NOTE DI TECNICA.

Determinazione dello zucchero nell'urina e nel sangue.

È noto che la soluzione di Benedict presenta molti vantaggi in confronto di quella di Fehling per la ricerca degli zuccheri riducenti, specialmente per la maggiore sensibilità e per il fatto di subire minore riduzione da parte dell'acido urico, creatinina, ecc.

P. J. Cammidge (*Lancet*, 21 apr. 1917) con l'uso della soluzione di Benedict, propone un metodo in cui la determinazione del punto finale della reazione è molto più netto che con i metodi antecedenti.

Ricerca dello zucchero nell'orina. — In un tubo da saggio, a 5 cmc. di soluzione di Benedict (vedi in seguito la preparazione) si aggiungono 8 goccie di urina: si lascia in bagnomaria bollente per cinque minuti, poi, estrattolo si lascia raffreddare per due minuti. Se lo zucchero è assente si ha la soluzione limpida o leggermente torbida per la precipitazione degli urati. Quando se ne trova una piccola quantità (0.1%, specialmente pseudo-levulosio) si nota una leggera opacità verdognola; se si trova in quantità da 0,1 a 0,5% si nota un precipitato verde abbondante: un precipitato giallo, denso indica 0,5-2%; un precipitato rosso oltre il 2% di zucchero.

Determinazione dello zucchero nell'urina. — Questa deve prima venir diluita: se il precipitato è leggero, verdognolo, 40 cmc. di urina si portano a 100, se è giallo, denso, 20 cmc. si portano a 100; se è rosso e fitto, 10 cmc. si portano a 100.

In un bicchiere da 200 cmc. si mettono 15 cmc. di soluzione di Benedict, e 5 cmc. di soluzione satura di carbonato di sodio, aggiungendo poi 5 cmc. dell'urina. Si copre con un vetro da orologio e si fa bollire per tre minuti, aggiungendo poi 10 cmc. di acido cloridrico (P. S. 1,16) con cautela in modo da impedire un'eccessiva effervescenza.

In una bevuta da 200 cmc. chiusa con un tappo di gomma a due fori e contenente 100 cmc. di acqua distillata e 20 cmc. di soluzione N/20 di jodio, si versa cautamente, per mezzo di un imbuto che passa a traverso uno dei fori (1), il contenuto del bicchiere e le acque di lavatura dello stesso, mescolando poi accuratamente.

Si leva poi il tappo di gomma lavando con acqua distillata l'imbuto, e si titola con soluzione N/20 di iposolfito sodico; di questo se ne aggiunge tanto fino che il colore bruno dello jodio sia quasi scomparso; allora si versano 5-6 goccie di soluzione recente di amido (1% circa) e si continua ad aggiungere l'iposolfito fino alla scomparsa della colorazione azzurra dello jodio in presenza di amido; ne rimane un colore verde-pallido. Si fa poi una titolazione di controllo procedendo nello stesso modo, con 100 cmc. di acqua e 20 cmc. della soluzione N/20 di jodio. La differenza, moltiplicata per un fattore variabile secondo la diluizione, rappresenta la percentuale dello zucchero nell'urina. Per le citate diluizioni al 40, 20, 10% il fattore è rispettivamente 0.0845, 0.169, 0.338.

Determinazione dello zucchero nel sangue. — In un tubo da saggio si pongono 3 cmc. di acido-acetico. Dopo cinque minuti si aggiungono cmc. 6.8 di soluzione satura di cloruro di sodio, si tiene il tubo da saggio in bagno-maria bollente per 2 minuti, si raffredda e si filtra attraverso un filtro secco, ripassando le prime goccie torbide.

Il procedimento successivo è analogo a quello per l'urina modificando solo la quantità dei reattivi e la grandezza dei recipienti. Nel bicchierino contenente 1 cmc. della soluzione di Benedict e 1 cmc. di soluzione satura di carbonato di sodio, si aggiungono cmc. 7,5 della soluzione sanguigna. La quantità di acido cloridrico è di 2 cmc. Nella bevuta si mettono 25 cmc. di acqua e 20 cmc. di soluzione di jodio N/1000 (1 cmc. della soluzione N/20 diluito a 50 cmc.) e si aggiunge poi l'iposolfito pure N/1000. La differenza con la titolazione di controllo moltiplicata per 0.0203 dà la percentuale di zucchero nel sangue. Nel caso che vi sia molto zucchero si prende solo cmc. 0.1 di sangue; in tal caso la quantità di soluzione di cloruro di sodio da aggiungersi è di cmc. 6.9 ed il fattore per cui si deve moltiplicare è 0.0406.

Il metodo serve anche per la titolazione dello zucchero nel liquido cerebro-spinale.

Preparazione dei reagenti. — *Soluzione di Benedict* modificata dall'A. 200 gr. di citrato di sodio, 100 gr. di carbonato anidro di sodio (o 200 di quello cristallizzato) e 10 gr. di bicarbonato di sodio sono disciolti a caldo in 600 cmc. di acqua; vi si aggiunge, agitando conti-

(1) Il tubo dell'imbuto deve essere tanto lungo, da pescare in 100 cmc. di liquido; in tal modo la reazione si compie in un'atmosfera di CO^2, ciò che impedisce l'ossidazione dei sali di rame.

nuamente una soluzione di 21 gr. di solfato di rame cristallizzato in 150 cmc. di acqua. Si lascia raffreddare e si porta a 1000 cmc. La soluzione, tenuta in bottiglie ben tappate si conserva indefinitamente.

Soluzione N/20 di jodio. — Si disciolgono 9 gr. di joduro di potassio in 200 cmc. di acqua, vi si aggiungono gr. 6.35 di jodio bisublimato, agitando fino a soluzione completa; si porta poi a 1000 cmc.

Soluzione N/20 di iposolfito sodico. — Circa 13 gr. del sale cristallizzato si disciolgono in 500 cmc. di acqua, portando poi a 1000. La titolazione precisa si fa con la soluzione di jodio.

Soluzione N/10 di acido-acetico. — 1 cmc. di acido acetico glaciale si aggiunge a 125 di acqua.

FIL.

CASISTICA E TERAPIA.

Gravi disturbi gastrici prodotti da gas lacrimogeni.

È noto che, oltre ai gas d'azione prevalentemente caustica (cloro) e tossica (fosgene) ne vengono usati anche altri, a cui, per gli effetti esercitati sulle mucose nasale ed oculare, si è dato il nome di lacrimogeni. Il tipo di questi vapori è il bromuro di benzile, liquido, di cui i tedeschi fanno un largo uso nel bombardamento delle posizioni.

Si riteneva che tali vapori, ad azione più penosa che nociva, più brutale che durevole non agissero che sulle mucose immediatamente accessibili senza penetrare nell'organismo per lederne i tessuti.

La loro inocuità non è che apparente; già E. Michon e Ch. Roux avevano pubblicato un caso di ulcera del duodeno consecutiva a gas lacrimogeni, in un soldato, che avendo perduta la maschera, era rimasto esposto a detti gas. Si ebbero in seguito dolori gastrici, feci diarroiche sanguinolente, contrattura notevole dei muscoli retti specialmente a destra della linea mediana. All'intervento operativo si riscontrò l'esistenza di una lesione duodenale con briglie cicatriziali ed aderenze alla prima porzione del duodeno.

Altri casi vengono ora pubblicati da E. Agasse-Lafont e J.-Ch. Roux (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la nutrition*, 1917, n. 6). In diversi individui, che non avevano clinicamente antecedenti gastrici, dopo l'esposizione a gas lacrimogeni, si sono verificati dei disturbi di stomaco, con dolori violenti, dopo il pasto, nausee, vomiti, in qualche caso con sangue; la frequenza, la tenacità di questi disturbi rendeva verosimile la presenza di un'erosione e forse di un'ulcerazione della mucosa gastrica. In un altro ammalato, con un lungo passato patologico, si è formata un'ulcera, manifestatasi con abbondante ematemesi; i primi sintomi, consistenti in forti dolori e presenza di sangue nel liquido di lavatura gastrica, hanno seguito la deglutizione di gas lacrimogeni, su cui il paziente eseguiva degli studi.

Manca però un complesso d'osservazioni, che precisi la frequenza di tali disturbi, l'azione dello stato dello stomaco, la prognosi. Secondo le esperienze di Heim, l'ingestione giornaliera da parte di animali da laboratorio, di tracce di lacrimogeni determina delle congestioni ed erosioni gastriche. Dai fatti clinici osservati si può concludere trattarsi di disturbi tenaci, che comportano le più ampie riserve in riguardo alla guarigione definitiva.

FIL.

Trattamento dell'occlusione intestinale.

Secondo Pauchet (*La Presse Médicale*, n. 45, 1917) l'occlusione può essere cronica, od acuta.

Occlusione cronica. — Alternative di stipsi dolorosa e di diarrea.

Durante la prima, contrazioni intestinali, spesso percepibili colla palpazione, o colla vista.

Come indicazione curativa non attendere mai la crisi seguente, praticare l'esame radioscopico di tutto il tubo digerente, quindi laparotomia esplorativa, che rivelerà un cancro intestinale, un volvolo, una briglia, ecc.

Occlusione acuta. — Coliche violente, accompagnate a borborigmi ed a contrazioni intestinali visibili all'esame dell'addome. Non confonderla con l'appendicite, la colelitiasi, la litiasi renale, la pancreatite, il cui dolore è continuo, localizzato e non si accompagna con aumento della peristalsi intestinale. Nei due casi si ha spesso assenza di gas per l'ano e vomiti. I vomiti fecaloidi indicano che vi ha occlusione, ma non bisogna aspettarli per fare la diagnosi ed intervenire.

Le indicazioni terapeutiche variano a seconda che il ventre è piatto, o meteorico. Nel primo caso l'occlusione è recente. Non lavaggi elettrici, che fanno perdere del tempo e raramente sono efficaci. Sempre operazione precoce; non mai a domicilio, occorrendo un buon aiuto, ottimi infermieri, asepsi perfetta, buoni istrumenti. Anestesia lombare e lavaggio dello stomaco in tutti i casi.

Laparotomia mediana, estrazione di tutto l'intestino, per ricercare la causa e rimuoverla a seconda dei casi.

Se il ventre è meteorico, fare la diagnosi fra

l'occlusione e la peritonite acuta, basandosi sullo stato del polso, sulla comparsa del meteorismo, che nella peritonite si produce più rapidamente, più uniformemente e non è preceduto da periodo di coliche. La *facies* del malato è più stanca nella peritonite e l'esame del sangue rivela, in casi di infezione del peritoneo, una iperleucocitosi. In casi dubbi non vi sono grandi inconvenienti a fare un piccolo occhiello iliaco destro. Lavaggio dello stomaco ed iniezioni di siero glucosato, o salato, in abbondanza, alle ascelle. Praticare un ano contro natura a destra. Il ceco è disteso, od appiattito: nel primo caso fissarlo alla parete (cecostomia); nel secondo cercare l'ansa del tenue vicina e distesa, fissarla alla pelle ed aprirla (enterostomia). Per evitare l'infezione della pelle, spalmare l'incisione con pomata al collargolo e porre nell'ano artificiale un tubo di drenaggio di vetro, che verserà le feci in un recipiente collocato a lato del letto.

Riassumendo: nel caso di ventre meteorico l'operazione chirurgica comprende tre tempi:

1° creazione di una fistola cecale;

2° laparotomia esploratrice un mese più tardi per la ricerca dell'ostacolo;

3° chiusura della fistola un mese dopo.

Quando si tratta di un cancro inoperabile basta il primo tempo; quando la fistola si chiude da sè stessa, non è necessario il terzo tempo.

La laparotomia esplorativa è indicata in tutti i casi di occlusione guarita, qualche settimana dopo la crisi, che ha determinato la creazione dell'ano contro natura.

P .C.

La cura degli ossiuri.

È noto che gli ossiuri oltre a provocare il prurito anale o ano-genitale sono capaci di determinare disturbi nervosi riflessi, notevole anemia, fatti di irritazione intestinale sopra tutto della regione ceco-appendicolare. Perciò osservano Perrin e Thiry (*Journal des Praticiens*, n. 45, 1916), questi parassiti vanno combattuti con mezzi efficaci. Gli ossiuri si localizzano prevalentemente nella regione ileo-cecale, ma in genere essi dànno segni della loro presenza nella regione anale. Il trattamento locale vale più a calmare i sintomi locali che alla distruzione completa del parassita. Esso consiste nell'applicazione di suppositori, pomate e lavacri. I suppositori formati di unguento napoletano o di calomelano al 5 % in burro di cacao non sono consigliabili perchè spesso riescono irritanti. Meglio rispondono le pomate a base di calomelano, di ossido giallo di mercurio o di dermatolo mescolati nella proporzione del 5 % in sostanze grasse. Meglio ancora riescono i lavacri abbondanti ripetuti spesso ed insistentemente. Le soluzioni adoperate sono: infusioni di semesanto al 2-10 %, di assenzio al 4-8 %, di ratania al 0.50-2 % è di aglio secondo la formula seguente: 8 gr. di aglio fresco infuso in 125 gr. di acqua bollente con l'aggiunta di un torlo d'uovo e un gr. d'assafetida. Rispondono anche bene l'acqua fortemente zuccherata o salata, l'emulsione di dermatolo, le soluzioni di sapone o la miscela di acqua e glicerina.

Però la cura radicale dell'ossiurosi va fatta per via interna. Il metodo più semplice consiste nel dare la santonina associata al calomelano due volte la settimana e per 4-6 settimane e poi ogni 15 giorni per 1-2 mesi. Per i bambini la quantità dei due medicamenti deve essere uguale a 1 cgr. per ogni anno di età. Per gli adulti la quantità del calomelano deve essere sempre tale da dare un effetto purgativo.

Anche il timolo risponde molto bene. Siccome è tossico in soluzione conviene darlo in polvere gr. 0.75-1 tre volte ad un'ora d'intervallo. Bisogna dare il medicamento a digiuno ed astenersi durante tutto il giorno di bere liquidi solventi del timolo come vino, alcool, etere, acqua cloroformica, glicerina, olio.

Qualunque sia il sistema di cura esso va controllato con l'esame delle feci. Nei casi nei quali gli ossiuri ricompaiono, occorre ricominciare il trattamento.

a. a.

MEDICINA SOCIALE.

La difesa sociale del lattante.

Su questo tema ha letto un discorso inaugurale per l'anno accademico 1917-18 il prof. Olimpio Cozzolino, Ordinario di Clinica Pediatrica nella R. Università di Parma, il 5 novembre 1917, alla presenza di S. E. Berenini, ministro della Pubblica Istruzione.

L'O. esordisce affermando che le origini e gli scopi dell'attuale immane conflitto hanno a luce meridiana dimostrato che le sorti oggidì dei popoli assurti per virtù propria a nazioni libere sono, come in un'epoca lontana, che credevamo tramontata per sempre, affidate alla forza combattiva ed alla resistenza degli uomini di domani, e che l'igiene del lattante deve perciò oggimai stare all'apice degli studii rispondenti all'altezza della missione dei popoli ed intesi a fortificare la razza, per i bisogni della ripopolazione con generazioni future sempre più forti, vigorose ed agguerrite per gli obblighi della difesa nazionale.

Tra i varii mezzi proposti per ovviare allo spopolamento saranno senza dubbio più fertili di risultati pratici immediati quelli che si contentano di conservare sani e vitali tutti quei bambini che annualmente vengono decimati da una serie numerosa di cause amovibili, riferentisi all'ambiente e sopra tutto al genere di alimentazione in questo primo periodo dell'esistenza.

Accennato brevemente alla necessità della puericultura avanti il concepimento e della puericultura intrauterina, l'O. si diffonde a ricordare i maleficii sopratutto dell'allattamento artificiale per concludere, che il paradigma che sta a base di una bene intesa e razionalmente attuata difesa igienica e giuridica del lattante è l'assicurargli a qualsiasi costo, tranne nei casi di scientificamente, ma sempre rigorosamente comprovata ed autorizzata incapacità fisica, o delle altre rare controindicazioni assolute e permanenti, presso qualunque classe sociale, tanto nella più privilegiata come nella più diseredata, tanto per la prole legittima che per la illegittima, l'allattamento al seno materno, che è sorgente di vita, di salute, di robustezza fisica e di perpetuo ringiovanimento e prosperità delle nazioni. Gli è perciò che l'O. propugna sia promulgata una legge inspirata a quest'obbligo materno imprescindibile, suggerendo anche le vie perchè l'allattamento mercenario risponda molto meglio, che non oggidì, alle sue finalità.

Ricordando quanto presso tutti gli Stati civili venne attuato per opporsi alla sempre esorbitante, eccessiva mortalità dei lattanti, mette in evidenza quanto oggidì ci si potrebbe ripromettere dalla solerte e giudiziosa cooperazione dei medici e delle levatrici, qualora tale personale sanitario ricevesse una più solida educazione pediatrica, massime in rapporto all'igiene ed allo allevamento del lattante, in Istituti modello e moderni di Puericultura pratica, i quali, nei centri universitarii, dovrebbero essere aggregati come indispensabile complemento alle Cliniche pediatriche, le più rigide Vestali dell'igiene infantile, ed i quali devono servire anche di palestra educativa per le masse.

La maggior parte dell'immenso danaro, esclama l'O., che viene oggidì a piene mani versato dalla beneficenza pubblica e privata per la distribuzione di latte sterilizzato, di farine lattee e di altri surrogati del latte, non che per l'istituzione di *crèches, pouponnières,* di goccie di latte, di premii per la natalità e per l'allattamento, di aiuti materni ed infantili, di sussidii per il baliatico mercenario, ecc., così pure per il mantenimento dei brefotrofii, qualora essi non vengano trasformati in Istituti moderni e completi di Puericultura sociale, dovrebbe essere indirizzato per ottemperare ad un'unica indicazione direttiva: sancire per legge che il latte della madre appartiene al proprio bambino e che quindi l'unica, vera e razionale assistenza sociale igienica e giuridica dei lattanti è il sancire per legge (con le dovute, ma con rigore scientifico osservate eccezioni e restrizioni) l'allattamento materno obbligatorio, fissandone l'ingentissimo onere finanziario corrispondente. Con questo programma massimo soltanto, come lo designa l'O., sarà possibile, oltre che raggiungere più presto e più completamente l'intento, costituire e rinsaldare la coscienza nazionale dell'allattamento materno obbligatorio. Una volta stabilitasi questa coscienza, le spese andranno man mano riducendosi e forse, con un programma minimo sufficientemente ridotto e coordinato, si potrà allora, opina l'O., riuscire a provvedere a tutte le esigenze future.

Con una calda e felice perorazione finale l'O. inneggia all'avvento di questa legge, con cui lo Stato si ergerebbe a tutore dei sacri diritti alla vita di ogni nuovo essere che si affaccia al mondo e che viene a colmare il vuoto di chi se ne diparte. Nessuna somma, egli dice, per quanto ingentissima, sarà collocata ad un interesse più elevato, più fruttifero; giammai, egli soggiunge, sarà pagato troppo a caro prezzo il latte della madre che allatta il proprio bambino! A questo attributo inseparabile della maternità, egli conclude, è riserbato il compito di ristabilire l'equilibrio nel mondo sconvolto dagli orrori e dalle stragi della guerra e di preparare le armi della futura difesa nazionale.

Tutta la brillante e dotta orazione del prof. Cozzolino, che ha sollevata una quistione di altissimo, urgente interesse nazionale, fu intonata ad un sincero, vibrante lirismo patriottico e fu sottolineata da unanimi approvazioni. Alla chiusa venne salutata da uno scrosciante, caloroso applauso. S. E. *Berenini* per il primo volle esprimere il suo vivo compiacimento all'O.

S. A.

La ressa dei lavori che ci vengono offerti per la pubblicazione e la penuria dello spazio, impostaci con provvedimento governativo, ci inducono a sollecitare i nostri benevoli collaboratori affinchè condensino i loro contributi entro i più ristretti limiti compatibili con la chiarezza e con l'efficacia dell'esposizione; li sfrondino delle documentazioni ingombranti, delle introduzioni storiche, delle citazioni; si attengano prevalentemente ai rilievi di interesse pratico.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(886). *Disinfezione di ambienti tubercolizzati.* — All'abb. n. 1265:

L'art. 137 del Regolamento Generale Sanitario stabilisce essere obbligatoria la disinfezione delle abitazioni dei malati di malattie indicati nell'art. 129, comma *a*) e *b*).

Nel comma *b*) sono contemplati i casi di tubercolosi di cui è obbligatoria la denunzia dovunque in seguito a morte o a cambiamento di alloggio dell'infermo.

Per disposto dell'art. 138 tali disinfezioni devono essere gratuite. Naturalmente è l'Autorità Municipale che è obbligata al servizio di disinfezione.

Non vi sono disposizioni tassative per quanto riguarda le modalità della disinfezione. I mezzi, che raggiungono uno stesso fine, sono molteplici, donde la disparità dei pareri di cui sembra lamentarsi il collega. Una disinfezione condotta con corretti criteri scientifici e pratici, e fatta da personale competente, dà una garanzia sicura. Per i pavimenti e le pareti è sempre consigliabile l'uso del sublimato in forte concentrazione.

g. s.

(887) *Sull'avvelenamento da puntura d'ape.* — L'abbonato n. 39 — a proposito di una donna, la quale è stata punta due volte alle gambe, attraverso le calze, presentando ogni volta rapidi e allarmanti sintomi d'avvelenamento, non ostante ch'essa abbia subito estratto il pungiglione ed applicato dell'ammoniaca sulla ferita — chiede quali siano i soccorsi più efficaci da prestare in simili contingenze.

In complesso dal veleno dell'ape sono state isolate tre sostanze, l'una flogogena, un'altra ad azione stupefacente, una terza ad azione convulsivante. Esso ha inoltre anche azione emolitica.

Si possono avere oltre ai fatti locali, dei disturbi generali di varia intensità, come febbre, dispnea, convulsioni, vertigini, disturbi cardiaci e sincope. La gravità varia secondo il numero delle punture, sono però rarissimi i casi mortali, e dovuti più che a punture di api, a quella di calabroni o di vespe.

Nel trattamento, occorre grande precauzione per estrarre il pungiglione evitando di comprimere la bollicina del veleno, ciò che farebbe penetrare nella ferita dell'altro veleno.

Oltre all'ammoniaca vengono consigliati gli ipocloriti, sia in forma di ipoclorito di calcio a 1/60, sia l'acqua di Javelle diluita a 1 %. Per i disturbi generali sono consigliabili gli stimolanti, p. e., il liquore anisato d'ammonio e delle bevande diuretiche calde.

FIL.

(888) Al dott. A. P.:

Nella Bibliothèque de Thérapeutique diretta da Gilbert e Carnot, sono stati pubblicati diversi volumi che trattano appunto la terapia fisica, e che ella troverà certamente molto utili. Essi sono i seguenti: NOGIER, *Electrothérapie* (L. 10). OUDIN e ZIMMERN, *Radiothérapie, Photothérapie*, ecc. (L. 14). CARNOT ed altri. *Kinesithérapie* (L. 12). FRAIKIN ed altri, *Mécanothérapie, Jeux et Sports*, ecc. (L. 8). Sono pubblicati da J. B. Baillière e figli. Parigi.

INDEX.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

P. MARFORI. *Trattato di farmacologia e terapia.* 2ª ediz. Un vol. in 8° di pag. XXXII-783, con fig. - Napoli, Luigi Pierro, editore, 1917. Prezzo L. 25.

Questa nuova edizione del noto ed apprezzatissimo trattato del prof. Marfori è rimaneggiata e notevolmente migliorata. Essa documenta la rara competenza e laboriosità dell'A., il quale è versato nell'indagine sperimentale non meno che provetto nell'insegnamento. I medici vi troveranno prospettati e lumeggiati in modo semplice, dettagliato e sicuro i problemi della farmacologia e le risorse della terapia.

In questa edizione sono stati opportunamente ampliati i capitoli sui sieri e vaccini e sull'opoterapia ed è stato scritto ex-novo quello sulle sostanze radioattive; sono state aggiunte anche nozioni utili sulla sterilizzazione dei farmaci, sul dosaggio biologico di essi, ecc.

Dei medicinali l'A. esamina i caratteri, le proprietà fisiologiche, il dinamismo terapeutico, le applicazioni al trattamento delle malattie e ne indica le formole più idonee per la propinazione; risale così dal rimedio alla malattia e scende di nuovo al rimedio. Si ferma sui medicinali fondamentali, tipici, pur non trascurando quelli secondari. Un pregio del lavoro è il riferimento alle specialità terapeutiche più quotate, a quelle già sanzionate definitivamente dalla pratica, dalle quali non è possibile di esimersi.

Tutto il lavoro è caratterizzato da una grande compiutezza e precisione; eppure l'A. è incorso in qualche dimenticanza (per es., non accenna all'applicazione dell'olio di vasellina per il trattamento della stitichezza, non menziona il carbone animale depurato. Si tratta di pecche, inevitabili in qualsiasi trattato di lena.

Nell'insieme questo magnifico lavoro costituirà una guida di confidenza per medici e studenti.

L. V.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

I medici di Firenze. — Il 25 novembre i medici della città di Firenze si adunarono in gran numero alla sede dell'Ordine; intervennero pure numerosi i medici profughi delle provincie Venete. Il presidente dell'Ordine dei medici, prof. Burci, pronunziò elevate parole di saluto a questi colleghi che non meno delle altre categorie di cittadini, soffrono le tristi conseguenze della invasione, mantenendo nell'animo sempre accesa la fiamma del più puro patriottismo, e con esso sempre alta la fiducia nella riscossa di domani; espresse i sensi della solidarietà della classe, verso i colleghi così duramente provati; parlò del momento politico attuale mettendo in evidenza quale prezioso aiuto possono portare i medici alla resistenza interna, soprattutto a causa dei molti contatti che essi hanno con quanti risentono maggiormente i danni arrecati dalla guerra; affermò infine la necessità di un'azione in questo senso da parte dei medici di Firenze analoga a quella che già si svolge in altre città.

Dopo breve discussione venne votato per acclamazione il seguente ordine del giorno, formulato dal comm. prof. Padoa:

«I medici della provincia di Firenze radunati il 25 novembre 1917;

convinti che in questo supremo momento della Patria ogni cittadino ed ogni classe di cittadini, devono dare quanto più possono di energia a rafforzare la compagine nazionale per vincere il supremo momento;

convinti che l'esempio e la spinta alla forte politica nazionale di guerra debba venire dal Governo del paese, senza di che l'opera dei singoli cittadini rimarrebbe infruttuosa;

convinti di quanto possa per la buona propaganda la classe dei medici italiani;

aderiscono all'Unione medici italiani per la resistenza nazionale e solennemente affermano che daranno tutti l'opera propria a confortare ed a sostenere l'energia del paese per la vittoria della Patria e per il trionfo del diritto».

Al termine dell'adunanza venne eletta una commissione allo scopo di dare al programma uno svolgimento concreto ed efficace: questa commissione si è già adunata per iniziare i suoi lavori.

In questi giorni verrà domandata l'adesione dei singoli medici della città e della provincia alla patriottica iniziativa.

I medici di Girgenti. — Il 25 novembre, ad invito del presidente, si è convocata in Girgenti un'adunanza straordinaria dei sanitari inscritti nell'Ordine per avvisare ai mezzi più idonei alla resistenza nazionale.

Fu deliberato di aderire al programma dell'Unione dei medici di Milano, stabilendo un'attiva propaganda per la resistenza della nazione nella guerra.

Si approvò e si fece propria la dichiarazione di fede patriottica lanciata ai medici italiani dall'Unione di Milano, dichiarazione che fu sottoscritta da 112 medici della città e provincia.

Si stabilì in ultimo di venire in aiuto dei medici profughi, seguendo le istruzioni della Federazione degli Ordini dei medici, e prendendo anche in seria considerazione i desiderati formulati nell'Ordine del giorno approvato e diffuso dall'Ordine dei medici di Pavia.

I medici di Modena. — L'Ordine dei medici ha rivolto un vivo appello a tutti gli inscritti perchè, nell'ambito della loro attività professionale e della loro vita civile, si adoprino, maggiormente ancora, a tenere alto il sentimento di italianità e di resistenza morale, e concorrano in tutte le forme, come e quanto più possono, a porgere conforto ed aiuto ai nostri doloranti fratelli profughi.

Nella certezza, dice l'appello, che sarà seguita la tradizione nobilissima della classe medica — che si riaffermò in tante opere di abnegazione, di assistenza e di pietà durante questa terribile guerra — i rappresentanti dell'Ordine di Modena, non aggiungono altre parole di incitamento ai colleghi, mentre attendono con la fede maggiore, dalla virtù e dal valore del popolo e dell'esercito italiano, la redenzione e la fortuna della Patria.

La circolare porta le firme del presidente professor Nasi e dei consiglieri Zanfrognini, Balli e Campani.

Collegio-convitto di Perugia. — Il 20 ottobre si è radunato il Consiglio d'amministrazione, presenti Simonetta, presidente; Bellucci, Pernoni, Ancona, Brunelli, Vivenza, Paolella, consiglieri.

Fu fatto il resoconto morale e finanziario: consuntivo 1916 e preventivo 1918; furono presi in esame molti oggetti d'amministrazione ordinaria.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(7059) *Contributo annuale pel Collegio-Convitto per gli orfani dei sanitarii in Perugia.* — Dott. L. D. da P. — Agli effetti del Regolamento approvato con Decreto Luogotenenziale del dì 8 luglio ultimo, n. 1074, debbono pagare il contributo pel Collegio convitto di Perugia tutti indistintamente i medici a servizio dello Stato e di altre pubbliche amministrazioni. Nel caso da Lei esposto deve pagare il detto contributo tanto il titolare, che trovasi sotto le armi quanto il sostituto che presta servizio in città, imperocchè il primo è a servizio dello Stato ed il secondo a servizio di una pubblica amministrazione. Non solo i titolari delle condotte ma anche gli interini sono tenuti al relativo pagamento.

(7061) *Indennità caro-viveri.* — Dott. U. M. da A. — Se, come Ella dice, abbiamo risposto a suo quesito contro i conglobamenti, vuol dire che si è seguito il principio interpretativo messo recentemente in luce da parte del Ministero dell'Interno in materia di caro-viveri. Non vediamo, quindi, ciò che si debba correggere nei numeri successivi. Ad ogni modo, riproduca, se crede, il quesito unendo copia della risposta che Le fu data a suo tempo.

(7062) *Cassa di previdenza dei medici condotti.* — Dott. S. G. da S. V. — Sono obbligati ad iscriversi alla Cassa di previdenza i medici condotti muniti di regolare nomina. La nomina regolare si ha dal Consiglio comunale dopo di avere vinto apposito concorso. Poichè il medico interino è nominato bensì dal Consiglio comunale ma non a seguito di concorso, la sua nomina non può dirsi regolare. Egli, quindi, non è obbligato inscriversi alla Cassa di previdenza e l'esattore non può, per conseguenza, obbligarlo a pagare il relativo contributo. Produca reclamo all'Ufficio sanitario provinciale.

(7063) *Ufficiale sanitario. - Stipendio.* — Dott. abbonato 1983. — Non risulta che esista il parere del Consiglio di Stato da Lei indicato a riguardo dello assegno che deve essere corrisposto all'ufficiale sanitario.

(7064) *Regolamento per la esecuzione della legge sulla Cassa di Previdenza.* — Dott. P. S. da A. — Ben volentieri aderiremmo al desiderio da Lei manifestato, ma la tirannia dello spazio ci vieta di pubblicare cose che, come il regolamento per la esecuzione della legge sulla Cassa di previdenza, si possono facilmente acquistare in commercio.

(7065) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abbonato 2476. — Le lire mille che Ella riceve dalla amministrazione municipale per spese di viaggio e trasferte non sono stipendio nè si confondono con esso perchè rappresentano rimborso *à forfait* di spese effettive che Ella sostiene. Dovendosi, quindi, tener calcolo delle sole lire 4300 che riceve come stipendio, ha diritto alla indennità caro-viveri nella misura di lire 24 mensili.

(7066) *Indennità caro-viveri.* — Dott. D. T. da C. — Per decidere se Ella abbia o meno diritto alla indennità caro-viveri bisogna tener calcolo del solo stipendio che riceve dal Comune, esclusi i compensi che riceve dalle Opere Pie e dalla Società operaia. E poichè dal Comune riceve lire 500 annue per il servizio necroscopico e lire 150 per il servizio di ufficiale sanitario è fuor di dubbio che le compete l'indennità caro-viveri. Anche raddoppiando tali compensi per il doppio servizio che presta, non raggiunge mai lo stipendio di lire 4500 ed ha, perciò, sempre diritto a tale indennità.

E poichè Ella, come espone, presta servizio anche alla dipendenza dell'Opera Pia per la cura dei poveri a domicilio percependo l'annuo assegno di lire 600, potrebbe se l'Opera Pia l'accetta l'unica indennità caro-viveri essere pagata dal Comune e dall'Opera Pia in proporzione della somma che ciascuno paga annualmente a norma della disposizione contenuta per quanto riguarda i Comuni nel capoverso dell'art. 1 del D. L. del 26 luglio p. p., n. 1181. L'indennità cui avrebbe diritto è quella di lire 30 mensili perchè, tutto sommato, con le anzidette esclusioni, Ella non percepisce stipendio superiore a lire 1500 da ognuno degli enti alla dipendenza dei quali compie la prestazione professionale.

(7066) *Ricchezza mobile - Cura di infermi.* — Dott. abbonato 5472. — Sullo stipendio di lire 4000 si paga la R. M. in ragione di 8.65 %. Ricade pertanto la somma di lire 346 superiore a quella che Ella paga giusta la liquidazione fattale dalla agenzia delle imposte. Per l'infermo, cui allude nel quesito crediamo che il medico ben possa rifiutarsi alla prestazione professionale. Non può addurre il segreto professionale perchè questo vale per tutto ciò che al sanitario fu rivelato per ragione del suo ufficio ma non per quello che egli altrimenti sa o viene a conoscere.

Dott. JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — Al dott. U. D. C. da T.:

Non è possibile stabilire a quali criterii si atterrà il Ministero nella revoca degli esoneri, e quindi non si può fino da ora conoscere se al collega verrà mantenuto o meno l'esonero. Non avendo egli mai prestato servizio militare è probabile che gli verrà conferito subito il grado di tenente e solo dopo un certo tempo, provata la sua idoneità a coprire il grado superiore, potrà chiedere la promozione a quello di capitano.

All'abb. n. 4605:

Avvenuta la nomina, durante il periodo della guerra, non è possibile esser dispensato dal servizio anche se lo si è assunto volontariamente.

All'abb. n. 1365:

Il collega con le parole: *promozione per merito distinto* intende indicare la promozione *per merito eccezionale* (legge Av. art. 13) o quella *per distinzione speciale* (art. 5, circolare 752 G. M. 1916)?

Le proposte di promozione per l'art. 13 vanno realmente tutte al Comando supremo, che ne è unico arbitro; quelle per distinzione speciale seguono la via gerarchica e, se corredate di tutti i pareri favorevoli, vengono attuate dal Ministero della Guerra senza alcun altro esame.

Nell'un caso o nell'altro non vi è alcun ricorso da fare, essendo inappellabili i giudizii delle commissioni.

Al dott. E. M. da C.:

Con parziale modificazione alla circolare 25 maggio 1915, basta ora aver compiuto gli esami prescritti dalle Facoltà per il 4° anno di medicina per ottenere il grado di *aspirante*.

Ella può quindi subito far domanda di questo grado al Ministero, allegando a tale domanda un certificato che comprovi gli esami fatti e la sua situazione universitaria, ed inoltrandola per via gerarchica.

Sarà nominato senza bisogno di fare alcun precedente tirocinio. M. G.

CONDOTTE E CONCORSI.

Torino. *R. Accademia di Medicina. Premio «Bonacossa».* — Il tema assegnato per il concorso (quinquennio 1915-1919) è: *Eziologia del cretinismo endemico*. I lavori debbono essere presentati in lingua italiana, latina o francese, manoscritti o stampati, purchè in questo caso abbiano una data posteriore al 1° gennaio 1915. Il premio è di L. 1200; il tempo utile per la presentazione delle domande di ammissione e dei relativi lavori scade col 31 dicembre 1919, epperò saranno considerate come non pervenute quelle domande, e relativi lavori, che, sebbene spedite o consegnate agli Uffici postali in tempo utile, non saranno effettivamente recapitate alla sede della R. Accademia (Via Po, n. 18) entro le ore 18 del detto giorno.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il tenente colonnello medico cav. prof. Umberto Riva, direttore dell'Ospedale Militare Principale di Roma, è stato promosso colonnello.

Ci compiacciamo cordialmente di questa ascesa, che rimerita le alte benemerenze acquistate dall'insigne sanitario nelle sue difficili mansioni e ne avvalora le rare doti d'ingegno, di coltura, di perizia e sagacia nei servizi.

Il prof. Giuseppe Tusini, ordinario di clinica chirurgica e medicina operatoria, è trasferito dalla R. Università di Modena alla R. Università di Parma.

Ordine della Corona d'Italia.

Commendatori: Pirera prof. Alfonso, libero docente nell'Università di Napoli; D'Angelantonio dott. Ettore, colonnello brigadiere medico, direttore di sanità militare della 2ª armata; Tria prof. Pietro, direttore dell'Ospedale civico di Tripoli.

Ufficiali: Palazzeschi dott. Manlio, da Pianosa (Roma); Micucci dott. Giovanni, capitano medico, aiutante maggiore all'Ospedale militare di Fano.

Cavalieri: Sabbatani Luigi, tenente colonnello medico; Mori Antonio e Austoni Amatore, maggiori medici; Dinella Giuseppe, Colmayer Vincenzo, capitani medici; Botti dott. Alberto, sanitario dell'Ufficio d'igiene del Comune di Napoli; Bellucci dott. Vincenzo, da Melizzano (Benevento).

FILIPPO BOTTAZZI.

Come abbiamo annunziato, il prof. Bottazzi è stato chiamato da Napoli a Roma a coprire la cattedra di fisiologia lasciata vacante dal sen. Luciani.

Fil. Bottazzi (1917)

Il Bottazzi è nato a Diso, in provincia di Lecce, nel 1868.

Egli è un allievo della Scuola medica di Roma, dove si laureò con lode nel 1893. Ritrova ora come colleghi molti dei suoi illustri maestri: Todaro, Marchiafava, Rossoni, Mingazzini, Bignami, ecc.

Fu per brevissimo tempo assistente volontario del Luciani, subito dopo conseguita la laurea; presentato dallo stesso Luciani al prof. Fano, divenne aiuto effettivo nell'Istituto fisiologico di Firenze. Il Bottazzi trascorse ivi un periodo di quasi dieci anni, consacrando tutto il suo tempo agli studi di fisiologia. Durante le vacanze si recava a lavorare nella Stazione zoologica di Napoli; fu inoltre per sei mesi nell'Università di Cambridge, ove gli venne affidato un corso di fisiologia per gli studenti anziani (*advanced students*). Frutto della sua intensa operosità furono molte importanti memorie sperimentali ed il pregevole trattato di *Chimica fisiologica*, che venne poi volto in tedesco.

Nel 1902 ottenne per concorso la cattedra di fisiologia a Genova; due anni più tardi la Facoltà medica di Napoli ne chiedeva il trasferimento colà, ed egli fu tanto più lieto di accettare, in quanto che quella residenza gli concedeva di proseguire molte ricerche, da lui predilette, presso la Stazione zoologica, ove nel 1914 assunse la direzione della Sezione di fisiologia.

In tutto questo tempo egli non ha mai smentito la sua passione fattiva per gli studi fisiologici: ha dato alla luce una serie di lavori mirabili per

l'originalità delle concezioni e per la maestria degli esperimenti; ha pubblicato anche il notissimo volume 1° degli *Elementi di fisiologia (chimica fisica)*, ampie monografie (come le «Physikalische-chemische Untersuchungen des Harns» nello *Handbuch* di Neuberg), ecc.

Il Bottazzi è penetrato quanto altri mai nei misteri della vita.

Si può affermare che egli ha inaugurato la *fisiologia comparata*, portandola ad un livello altissimo e facendola assurgere a vera disciplina; prima di lui le ricerche in questo campo erano rimaste frammentarie e slegate: egli ci ha fornito una prova del rigore e della precisione con cui debbono essere condotte. Importanza fondamentale hanno assunto, sovratutto, le sue indagini abili, pazienti e svariate, sulla contrazione muscolare: le sue vedute originali e ardite hanno trovato una sintesi nella *teoria del sarcoplasma*, cui rimarrà legato indelebilmente il nome del fisiologo italiano.

I suoi studi sperimentali di chimica fisica applicata alla fisiologia lo hanno portato a lumeggiare il comportamento della pressione osmotica negli organismi animali (che egli ha distinto in *omeosmotici* e *pecilosmotici*), a valutare il compito dei colloidi organici nel ricambio materiale, a perseguire le vicende del ricambio energetico, ecc. Questo campo era rimasto del tutto trascurato in Italia prima del Bottazzi, il quale non si è limitato a coltivarlo, ma vi ha tracciato vie nuove.

Egli ha affrontato quasi tutti i capitoli della fisiologia, imprimendovi sempre un'impronta personale.

Nei suoi trattati, che abbiamo poc'anzi menzionato, egli dimostra l'organicità della sua mente, la vastità del suo sapere e la cura paziente della documentazione.

Pensatore profondo, ha scritto anche molti articoli di filosofia scientifica, densi di concetti e precisi nell'esposizione, in cui rivela l'attitudine ad elevarsi alle idee generali, a cogliere i rapporti tra fatti remoti, a fissare le leggi dei fenomeni.

Citiamo a titolo di esempio: *Le attività fisiologiche fondamentali; Biologia e filosofia; L'integrazione nervea dell'organismo; Le cellule viventi considerate come sede del metabolismo; La corrente dell'energia per gli organismi viventi*, ecc.

Il Bottazzi ha conquistato alte distinzioni e premi di valore. Già da studente ebbe cinque premi Rolli, il premio Girolami ed il premio Corsi; nel 1905 gli fu assegnato il premio ventennale Bufalini di L. 6000, dell'Istituto superiore di Firenze, per il miglior lavoro sul «Metodo sperimentale»; nel 1906 vinse il premio dei Lincei di L. 10,000, per i suoi studi sulla fisico-chimica del sangue e degli altri liquidi degli animali e sulla fisiologia generale dei tessuti e specialmente del tessuto muscolare.

Ingegno poderoso, nutrito di scienza, esempio magnifico di laboriosità, nella sua anima splende la fiamma del vero. Gode di un'alta estimazione tra i più grandi fisiologi nostrani e stranieri. E' una gloria per l'Italia. E' un acquisto per l'Ateneo romano.

R. B.

NOTIZIE DIVERSE

Croce Rossa Italiana.

Il Consiglio direttivo della Croce Rossa ha tenuto nella propria sede in Roma due importanti riunioni.

Il presidente, on. conte Della Somaglia, ha riferito sull'opera prestata nel Regno dagli ospedali territoriali, tenuto conto anche dei trasferimenti e degli ampliamenti che le condizioni della guerra hanno richiesto sia per l'assistenza che si viene prestando ai profughi del Veneto da parte di tutti i Comitati italiani, sia per la prossima raccolta di coperte di lana pei combattenti.

E' risultato dalla relazione del presidente che l'Associazione ha potuto raccogliere in oblazioni e per mezzo di alcune particolari iniziative la somma di L. 24,139,720, le quali sono state tutte impiegate nell'assistenza ai feriti e malati di guerra. Aggiungendo a questa somma i propri capitali in denaro, già preesistenti, i materiali che aveva accumulato e quelli ricevuti in dono, nonchè i versamenti dei soci pel triennio di guerra e il valore presuntivo degli immobili, nei quali ha sistemato le proprie unità, è risultato che il concorso economico della Croce Rossa italiana alle spese di guerra ha raggiunto, fino al 31 ottobre u. s., la cospicua somma di L. 43,118,720.

Il presidente ha altresì riferito sulle visite alle unità mobili e territoriali, che missioni della Croce Rossa americana hanno compiuto in zona di guerra e nel territorio del Regno, manifestando in ognuna le più lusinghiere impressioni e riassumendo un giudizio complessivo di viva simpatia per l'opera della Croce Rossa italiana.

Il colonnello Bassi, delegato generale della Croce Rossa presso l'esercito mobilitato, ha quindi riferito sopra i servizi dell'Associazione in zona di guerra. Dalla sua relazione è apparso come il personale ed il materiale della Croce Rossa, per giudizio delle stesse supreme autorità militari, hanno pienamente compiuto l'ufficio al quale erano destinati, meritando ambite distinzioni e l'alta lode dei Comandi dell'esercito.

Il Consiglio ha poi deliberato l'invio al generale Diaz di un telegramma in cui rinnova più che mai il fermo proposito di rivolgere tutte le energie, tutte le cure, tutte le fortune dell'Associazione a fiancheggiare devotamente l'esercito nel suo nobilissimo compito.

Il presidente ha informato il Consiglio sull'iniziativa assunta e già cominciata a svolgere dalla presidenza stessa per la profilassi contro la tubercolosi, specialmente a difesa dei soldati, iniziativa nella quale si sono già segnalati i Comitati regionali di Milano, Firenze e Napoli. In complesso, sono aperti o in corso di allestimento sei vasti sanatori con quasi mille letti.

Apertasi su questo argomento la discussione, sulla quale ha portato un alto contributo di competenza il comm. Lutrario, direttore generale della sanità pubblica, il Consiglio, approvando le direttive e l'iniziativa del suo presidente, ha votato

all'unanimità, su proposta dei consiglieri Ciraolo, Bassi e Mazzoni, il seguente ordine del giorno, che determina un nuovo vasto programma di benefica attività per la Croce Rossa italiana:

« Il Consiglio direttivo del Comitato centrale della C. R. I. stabilisce che la Associazione debba precostituire pel dopo guerra un integrale programma di assistenza sanitaria alle classi più umili e alle regioni più malsane. E, in conseguenza, assegna all'Associazione il dovere di: *a*) diffondere in tutto il Paese, con mezzi adeguati, la educazione igienica; *b*) intensificare ed estendere la profilassi antimalarica; *c*) concorrere vigorosamente nella lotta contro la tubercolosi; *d*) integrare l'assistenza sanitaria nelle campagne a beneficio dei lavoratori della terra. E dà mandato alla presidenza di dedicare fin d'ora le energie dell'Associazione, compatibilmente coi doveri di guerra, all'inizio e allo svolgimento del programma suddetto ».

In assenza del vice presidente, senatore Frascara, che dirige la Commissione dei prigionieri di guerra, il conte Della Somaglia ha esposto i risultati che la Commissione dei prigionieri ha potuto ottenere finora sia pel conforto alle famiglie, sia per l'assistenza ai prigionieri lontani; e ha indicato le nuove provvidenze che sono in corso a beneficio delle popolazioni rimaste nei paesi invasi.

L'on. Ciraolo, presidente della Commissione centrale di propaganda, ha esposto il lavoro d'organizzazione e i considerevoli risultati ottenuti dalla Commissione stessa, mercè la quale sono notevolmente aumentate le rappresentanze dell'Associazione all'interno e all'estero e si è portato il numero dei soci alla cifra complessiva di oltre 300,000.

Il Consiglio ha approvato con plauso l'opera compiuta e i metodi per questa impiegati ed ha quindi deliberato di mettere allo studio la riforma dello statuto e dei regolamenti per conformare l'uno e gli altri alla nuova entità e al nuovo orientamento dell'Associazione.

Procedutosi all'integrazione dell'ufficio di presidenza e del Consiglio direttivo, il Consiglio ha eletto vice-presidenti l'on. Giovanni Ciraolo e il senatore Ettore Marchiafava; consiglieri il commendatore Tito Canovai, il conte Emanuele Di Rorà e il principe Ferdinando di Belmonte; delegato alla finanza lo stesso comm. Canovai. Ha nominato consulente legale l'avv. Lorenzo Fusi.

Per l'espansione delle stazioni di cura.

Sin dal maggio scorso è stata indetta in Francia una grande manifestazione « per l'espansione delle stazioni termominerali, climatiche e balneari delle nazioni alleate od amiche »; comprenderà sei Congressi ed una Esposizione, che avranno luogo nel principato di Monaco subito dopo la conclusione della pace. La presidenza d'onore è stata assunta dal principe di Monaco; segretario generale è il dott. G. Bardet.

L'impresa è affidata ad un'organizzazione imponente, di cui fanno parte altissime personalità competenti della nazione vicina.

I Congressi saranno i seguenti:

I. *Congresso d'Idrologia;* tema unico: la specializzazione delle cure idrominerali; verranno anche presentati e discussi due voti, sulla rinnovazione dell'analisi delle acque minerali secondo i dati più moderni e sulla necessità di estendere i viaggi d'istruzione alle stazioni idrominerali;

II. *Congresso d'Igiene e Climatologia,* ripartito in cinque sezioni: 1ª metereologia, climatologia ed eliologia; 2ª cure d'aria, d'altitudine e di sole; 3ª impianti delle stazioni di cura, alberghi e sanatori; 4ª acque potabili, fognature e risanamento; 5ª lotta contro le polveri;

III. *Congresso internazionale di talassoterapia;* unico tema: la tubercolosi al mare, con due relazioni: tubercolosi medica e tubercolosi chirurgica (tra i membri del Comitato sono i proff. Maragliano, Bossi, Badaloni, Rubino, Tedeschi, Mariani, Ceresole, Ferraresi, De Fabii, ecc.);

IV. *Congresso delle città d'acque e bagni di mare e stazioni climatiche,* con tre sezioni: 1ª tecnica (protezione delle sorgenti); 2ª amministrativa; 3ª economica;

V. *Congresso per l'organizzazione dell'alta montagna;*

VI. *Congresso del turismo.*

Alla *Esposizione Internazionale* potranno prendere parte tutte le Stazioni di cura e di soggiorno alleate.

Delegato generale per l'Italia è il comm. Luigi Vittorio Bertarelli, vice-direttore del T. C. I.

Maggiori indennità per gli infortuni sulle navi requisite o noleggiate.

Con Decreto Luogotenenziale 2 settembre p. p., n. 1392, lo Stato ha direttamente ed in proprio garantito agli equipaggi delle navi requisite, sequestrate o noleggiate con contratto che ponga i rischi di guerra a carico dello Stato stesso, speciali indennità molto più elevate di quelle dovute per la legge infortuni, in caso di infortunio mortale dovuto a rischio di guerra.

Per gli infortuni succitati avvenuti dopo il 28 agosto 1916 ed anteriormente all'assunzione diretta di tale assicurazione da parte dello Stato, deve essere corrisposta agli aventi diritto la differenza tra l'indennizzo percepito in forza dei contratti di assicurazione stipulati dagli armatori e quello ora disposto dal Decreto predetto.

Avvalendosi della facoltà accordatagli con l'art. 6 dello stesso Decreto Luogotenenziale, il Ministero per i Trasporti marittimi e ferroviari ha affidato il servizio di liquidazione e di pagamento di tali indennità alla Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro, e con successivo Decreto Ministeriale 26 settembre p. p. (articolo 9) ha in conseguenza disposto che le domande per la liquidazione ed il pagamento dell'indennità di cui all'art. 5 del Decreto Luogotenenziale 2 settembre u. s. corredate dei documenti necessari dovranno essere presentate alla Cassa Nazionale Infortuni, Sede centrale, Piazza Cavour, 3, Roma.

Laboratorio-Nido.

Dal luglio 1917 funziona in Roma, nel quartiere dei Prati di Castello, un'istituzione che ha lo scopo di dar lavoro alle madri allattanti, mogli dei richiamati, e di sorvegliare e dirigere l'allevamento dei loro bambini. Il guadagno fatto nel laboratorio, di cucito, viene rilasciato quasi completamente alle madri, che ricevono anche una refezione ed una merenda.

Prestano la loro opera solerte una sorvegliante ed alcune signorine diplomate dalla Scuola pratica di assistenza all'infanzia, istituita presso il Brefotrofio provinciale.

Il laboratorio-nido è divenuto così una vera scuola per le madri. Esso può accogliere 28 bambini lattanti e circa 20 bambini divezzi.

La direzione sanitaria è affidata al prof. Mario Flamini; il consiglio direttivo è presieduto da donna Ida Orlando; l'iniziativa si deve al sig. Ernesto Sforni.

Ci auguriamo che vengano create altre istituzioni del genere, destinate alla tutela della salute e della vita della prima infanzia.

Ufficiali medici prigionieri rientrati in patria.

Sono rientrati in patria col 9° scambio di prigionieri, avvenuto il 4 ottobre: sottotenenti medici Acconci, Bernuzzi Mario, Bussalai Luigi, Favero Giuseppe, Galiani Guido, Massa Antonio, Orofino Antonio, Palmieri Aldo, Porpora Silvio e Rebeschini; aspiranti medici Jacchia Emilio e Urbani Matteo.

Medici inglesi morti e feriti.

Dal principio della campagna risultano feriti 707 medici inglesi, dei quali ne sono morti 58; altri 62 sono morti di malattie e per cause varie. (*Patholog.*, 1° nov. 1917).

Un Ministero della Salute Pubblica in Inghilterra.

Il Consiglio dell'«Associazione Medica Britannica» ha sottoposto al Governo inglese un progetto per la costituzione di un *Ministero della Salute Pubblica*, il quale dovrebbe accentrare e coordinare i servizi sanitari ora divisi tra i vari Ministeri.

Alla dipendenza del Ministero starebbero degli uffici preposti alle zone sanitarie in cui verrebbe divisa la Nazione. Vi sarebbero rappresentate le autorità governative, varie classi sanitarie, la classe insegnante, gli ospedali, le assicurazioni sociali. Il compito esecutivo verrebbe affidato, per ogni centro, a due «ufficiali sanitari», uno perito in clinica, l'altro in igiene. Da ciascun centro dipenderebbe un vasto servizio sanitario.

Contro lo spopo amento in Francia.

La guerra ha aggravato la riduzione di natalità di cui già soffriva la Francia. Il problema è stato oggetto di uno studio esauriente da parte di un Comitato, in seno all'Accademia di Medicina di Parigi. Quale rimedio possibile, esso ha suggerito il pagamento di un premio, ai genitori, per ogni bambino che supera la prima infanzia.

Il dott. Jagle ha proposto che siano esclusi dai concorsi per accademie, facoltà, scuole di medicina, i medici che non abbiano almeno tre bambini....

La malaria in Macedonia.

Da una relazione ufficiale pubblicata nella *Presse Méd.* (n. 46, 1917) risulta che in un grande centro ospedaliero militare della Macedonia il 40% dei malarici ricoverati non prendeva il chinino e il 60% restante lo prendeva irregolarmente. Queste manchevolezze spiegano la pretesa resistenza della «malaria macedone» alle cure chininiche.

Le autorità sanitarie francesi, per correggere la resistenza dei malarici alla chininizzazione, hanno disposto che venga controllata la reale ingestione del chinino, ricercandolo nelle urine col reattivo di Tancret.

Assassinio di un medico.

Dopo avere adempito il suo dovere verso la Patria, prodigando per circa venti mesi le sue cure in zona di guerra a Buttrio in Monte (Udine), il dott. Salvatore Arcidiacono, sottotenente medico, è stato ucciso durante la ritirata da un malfattore, cui egli aveva rifiutato di consegnare la Cassa dell'Ospedale che trasportava in un *camion*, per sottrarla alle mani rapaci del nemico.

L'assassino venne scoperto, ma piuttosto che lasciarsi catturare si suicidò.

La vittima del dovere venne seppellita nel cimitero di Casarsa.

Il dott. Arcidiacono era nato ad Aci Catena (prov. di Catania) ed aveva 33 anni. Era molto apprezzato ed amato dai superiori, dai colleghi e dai malati per le qualità militari e professionali e per lo squisito senso umanitario.

Indice alfabetico per materie.

Ambienti tubercolizzati: disinfezione . Pag. 1474
Antimonio nella terapia della leishmaniosi . . . . « 1457
Avvelenamenti da puntura d'ape . . « 1474
Bacillo tubercolare: morfologia . . . . « 1464
Emoglobinuria parossistica in bambina eredo-sifilitica . . . . « 1466
Ferite di guerra e profilassi delle infezioni chirurgiche . . . . » 1468
Gas lacrimogeni causa di gravi disturbi gastrici . . . . Pag. 1471
Lattante: difesa sociale . . . . . . « 1473
Occlusione intestinale: trattamento . . » 1471
Ossiuri: cura . . . . « 1472
Radicoliti . . . . « 1461
Zucchero: determinazione nell'urina e nel sangue . . . . « 1470

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, resp.

Anno XXIV. *Roma, 16 dicembre 1917* Pasc. 51.

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Lavori originali: F. Bonola: Di alcuni stati convulsivi ancora mal definiti. — **Apparecchi e strumenti nuovi**: L. De Gaetano: Apparecchio conta-pannilini per laparotomie. — **Note e contributi**: M. Andreotti: La precarietà del cosidetto Anofelismo senza malaria. — **Accademie, Società mediche, Congressi**: Società Medica Chirurgica di Modena.

Appunti di medicina pratica: CASISTICA: La dispnea e l'acidosi. — TERAPIA: Il trattamento dell'epilessia. — NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA: Sulla morfologia della spirocheta icterohaemorrhagiae. — **Posta degli abbonati**. — **Cenni bibliografici**. — **Varia**: Latte vegetale.

Nella vita professionale: Pangloss: Una nuova tappa verso l'equità. — Cronaca del movimento professionale. — **Atti parlamentari**. — **Risposte a quesiti e a domande**. — **Condotte e concorsi**. — **Medicina sociale**: Dispensari antitubercolari e la legge Orlando. — **Notizie diverse**. — **Indice alfabetico per materie**.

LAVORI ORIGINALI.

II° REPARTO DEL SERVIZIO NEURO-PSICHIATRICO DELLA I[a] ARMATA.

Di alcuni stati convulsivi ancora mal definiti.

Dott. FRANCESCO BONOLA, tenente medico.

Su 443 individui ricoverati in questi ultimi 4 mesi nel Reparto Psichiatrico avanzato dove presto servizio, ben 135 vi furono mandati per epilessia convulsiva, e su questi 23 presentarono accessi convulsivi di natura indubbiamente isterica, 38 convulsioni epilettiche classiche e 74 fatti convulsivi con caratteristiche speciali e costanti che però non si potevano catalogare nè fra gli attacchi isterici nè fra gli attacchi epilettici.

E' su questi stati convulsivi che voglio richiamare l'attenzione non perchè io creda, lo dico subito a scanso di equivoci, che essi rappresentino uno dei tanti prodotti più o meno nuovi di cui si vuol attribuire la maternità alla guerra, ma perchè li credo ancora imperfettamente conosciuti e poco studiati. Questi stati convulsivi capitano raramente in gran

numero all'osservazione del medico in tempo di pace sia perchè allora sono di fatto meno frequenti, sia perchè per la benignità del loro quadro e delle loro conseguenze non affiorano fino ad attirare l'attenzione dello specialista. Mi proverò di descrivere le caratteristiche della costituzione neuro-psichica di questi convulsivanti e le particolarità dei loro stati convulsivi.

Anzitutto la grande maggioranza non ha sofferto accessi nella infanzia nè ha presentato alcuna delle stigmate degenerative tanto frequenti in questa età negli epilettici veri: *pavor nocturnus*, ritardo notevole della parola e della deambulazione, sonnambulismo, enuresi notturna, emicrania, stati vertiginosi, gravi malattie febbrili, ecc. Di più la personalità neuro-psichica di tali individui che ho avuto la pazienza di studiare attentamente anche nel suo passato attraverso le vicende della loro vita, non si assomiglia mai a quella dell'epilettico tanto caratteristica anche per le forme di epilessia attenuata. L'epilettico, è una cosa notoria, è impetuoso, violento, esplosivo nel carattere; impulsivo ed instabile nella condotta; vivace e superficiale nei processi mentali; quasi sempre deficiente nella sfera morale.

E qui apro una parentesi per dire che quando parlo di epilessia io mi riferisco all'epilessia così detta essenziale, e precisamente a quello stadio di essa che non ha ancora prodotto un decadimento profondo della compagine mentale del soggetto da sottrarlo alle occupazioni della vita ordinaria. Tratto in questo articolo di stati convulsivi osservati in militari, in individui cioè di efficienza fisica, morale e intellettuale medie; e però è naturale che scelga fra gli epilettici a cui debbo paragonarli, soggetti suscettibili dello stesso rendimento e però arrivati solo ad un limitato punto del loro male.

Con l'attuale indirizzo scientifico è difficile trovare nella nosografia un posto a quel complesso sintomatico che i nostri vecchi ci hanno tramandato col nome di « epilessia essenziale ». Pure parlando di epilessie invece che di epilessia, il problema non viene molto chiarito. Non una infatti delle sindromi così dette epilettiche presenta quella specificità e quella chiarezza di caratteri etiologici, patogenetici, clinici ed anatomo-patologici richiesti dallo spirito critico moderno per individuare una forma morbosa. Il termine di « epilessia essenziale » può essere soltanto provvisoriamente e convenzionalmente mantenuto per indicare una sindrome basata su soli pochi caratteri empirici, i più importanti dei quali mi sembrano essere: 1. la cronicità del male; 2. la costituzione neuro-psichica del malato (epilettoidismo del De Sanctis); 3. la presenza di equivalenti psichici a fianco degli accessi psicomotorî; 4. l'evoluzione della malattia in progressivo decadimento mentale. Le epilessie minori che si aggruppano attorno a questo nucleo, o meglio, che da questo nucleo sono state distaccate, ne differiscono appunto perchè non contengono alcuno dei suddetti caratteri, tranne il terzo ed anche questo discusso, e si chiamano epilessie solo perchè presentano come sintoma clinico dei fenomeni convulsivi di natura organica.

Io non ho in questo lavoro la intenzione di approfondire molto la questione; mi basta stabilire che parlando di « epilessia essenziale » intendo parlare della sindrome presentante i quattro caratteri summenzionati. Naturalmente non tutte le epilessie essenziali finiscono in demenza, come non tutte le malattie croniche svolgono il loro sviluppo fino all'estremo: anche nelle malattie croniche esistono forme gravi e forme che per la morte intercorrente del malato, per la cura di cui questo si circonda, o per la stessa gravità relativa del processo morboso, non raggiungono i loro estremi limiti.

Il fissare in qualche modo i caratteri fondamentali della epilessia così detta essenziale nell'attesa che il quadro sintomatico che essa rappresenta vada precisandosi per etiologia, patogenesi ed anatomia patologica o del tutto dissolvendosi in semplici sintomi di altre forme morbose, mi sembra cosa necessaria più che per contribuire alla formazione della fisionomia di questa sindrome, per differenziarla dalle forme affini che ondeggiano fra essa e le psiconevrosi, fra essa ed episodi convulsivi da intossicazioni endogene od esogene.

L'accesso convulsivo in genere o è di origine psiconevrosica, cioè isterica, cioè subcosciente, o è di origine organica; e gli elementi che costituiscono il suo meccanismo di produzione, almeno come è dato a noi di imaginarlo, possono essere gli stessi per tutti gli stati convulsivi organici siano essi l'esponente di uno stato tossico passeggero, di una costituzione speciale dell'elemento nervoso o di una particolare sua condizione d'irritazione meccanica. L'accesso non è quindi l'epilessia, e tutti i convulsivanti sono ben lontani dall'essere degli epilettici.

Per ciò che riguarda la patogenesi dell'accesso in genere, le nostre conoscenze di fisiologia generale degli elementi nervosi ganglionari ci permettono di pensare che allo stato normale, il potenziale di scarica (X) di questi elementi dipenda dalla risultante degli stimo-

li dinamogeni (D) e degli stimoli inibitori (I), su la loro tensione o carica potenziale (P). Si può dunque stabilire questa relazione:

$$X = P \frac{D}{I}$$

dalla quale si vede che perchè X possa assumere un valore molto alto, quale deve avere per rappresentare la scarica convulsiva, sono sufficienti a priori o un aumento abnorme della tensione (somma degli stimoli o aumento dell'eccitabilità cellulare); o un aumento degli stimoli dinamogeni (stimoli abnormi per natura, intensità o frequenza); o una diminuzione tendente alla soppressione, degli stimoli inibitori.

Considerando poi che l'accesso convulsivo si trova quale sintoma clinico in molti e svariatissimi quadri anatomo-patologici e che reciprocamente non conosciamo neppure una lesione anatomica che sia specifica a determinare l'accesso, dobbiamo ammettere che i rapporti fra stati convulsivi ed epilessia debbano forzatamente per ora, limitarsi a quei dati clinici empirici a cui sopra ho accennato. Forse a base della sindrome epilettica, tanto che essa sia l'esponente di una tara degenerativa o di una pregressa cerebropatia, debbono stare lesioni molto sottili e molto diffuse e legate più che ad un processo patologico specifico e progressivo, ad un *deficit* involutivo del quale l'alterato metabolismo degli elementi nervosi, che condiziona l'accesso motorio e gli altri sintomi esplosivi della sindrome, è solo l'esponente principale messo in evidenza da fattori molteplici.

Le lesioni anatomiche che finora sono state descritte nella epilessia con qualche frequenza (gliosi isomorfa, processi regressivi degli elementi ganglionari e proliferazione degli elementi mesodermici del nevrasse), rappresentano infatti più un esito che un substrato patogenetico del male, e si trovano solo in individui nei quali il male durava da molto tempo ed aveva prodotto un grave decadimento.

Tornando ai miei peseudo-epelittici dirò che in essi non si trovano mai le stigmate psichiche dell'epilessia. Sono dei nevropatici e presentano soltanto e semplicemente la mentalità e le caratteristiche emotive di questi malati. Sono anzitutto dei deboli della sfera emotiva e volontaria ed hanno piena coscienza ed anzi timore di questa loro debolezza. La loro mentalità, tenuto calcolo della loro origine sociale, non offre *deficit* nè deviazioni importanti; ma non è neppure quella del normale. Sono eccessivamente egocentrici, interpretativi, illogici, sognatori. La loro sfera emotiva è vivace ma facilmente esauribile. Moralmente sono quasi sempre degli egoisti sempre scontenti e sempre preoccupati di sè.

In questi individui l'anamnesi pone raramente in evidenza qualche lontano, isolato e nebuloso accesso convulsivo, ma nella grandissima maggioranza ci mostra che gli accessi datano solo da qualche anno, spesso da qualche mese e figurano nella loro vita ordinaria quasi come un disturbo trascurabile. Nell'epilettico la vita si modella su l'accesso; in essi l'accesso sembra invece modellarsi su le circostanze della loro vita. Le cause occasionali di cui questi accessi sono le più varie, ma possono generalmente raggrupparsi in queste tre categorie: emozioni, disordini alcoolici o gastroenterici, e gravi stati astenici sia derivanti da fatiche eccessive e da cattiva nutrizione, sia in rapporto con malattie sofferte.

L'accesso insorge indifferentemente di giorno o di notte durante il sonno, e qui notiamo già una caratteristica che lo differenzia dagli accessi isterici che insorgono soltanto allo stato di veglia. L'insorgere dell'accesso è spesso preceduto da un complesso di sensazioni che più che assomigliarsi alle diverse aure epilettiche ricordano gli stati immediatamente precursori delle ordinarie lipotimie: il malato avverte anzitutto un complesso nebuloso di sensazioni che gli danno la coscienza del sopravvenire dell'accesso, poi prova senso di vertigine, offuscamento della vista, brividi, sudore freddo, e cade. E la caduta in questa specie di accessi è sempre benigna: il nostro individuo si lascia cadere per rilasciamento muscolare; non viene abbattuto violentemente al suolo dall'irrigidirsi spasmodico dei muscoli, come l'epilettico.

La fase tonica dell'accesso epilettico non si ha in questi stati convulsivi. Le scosse convulsive appaiono immediatamente dopo la caduta, sono solo cloniche e di larghezza e frequenza molto varie; ma mai dell'estensione e della violenza di quelle dell'accesso epilettico.

L'atteggiamento del malato, durante l'accesso, è abbastanza caratteristico e costante: è in decubito dorsale, con leggero opistotono; la faccia è cerea, le labbra bianche, la fronte imperlata di sudore. Gli occhi sono chiusi e le palpebre vengono animate da frequenti contrazioni; la bocca è semiaperta e la respirazione è solo più frequente che di norma, non rumorosa. Non c'è bava e non ci sono movimenti disordinati della lingua e delle mascelle. I globi oculari aprendo a forza le palpebre, appaiono generalmente ruotati in alto ed in una posizione laterale. Non è infrequente la deviazione coniugata, ma non spasmodica, della testa e degli occhi, e quando esiste permane per tutta la durata dell'accesso. Le pupille, in genere mi-

driatiche, reagiscono sempre alla luce. Il corpo è disteso, le braccia un po' inarcate, le mani semiaperte (non col pollice flesso nel pugno), le gambe un po' flesse e divaricate. Le scosse cloniche agitano tutti i muscoli del corpo meno quelli delle mascelle e della lingua, durano in genere 4 o 5 minuti e molto spesso piuttosto che continue sono *saccadées* ed a gruppi. Verso il finire dell'accesso, le scosse cloniche diminuiscono di frequenza e di intensità fino a scomparire. Riprendono poi, spesso, a vari intervalli, ma sempre più deboli ed in gruppi sempre meno numerosi, e solo durante qualche minuto.

Segue una fase di transazione, la più importante obbiettivamente, che dura qualche minuto e durante la quale il malato è immobile, sempre ad occhi chiusi e sempre incosciente; e poi si ha la fase di post-accesso. Allora il malato comincia ad aprire gli occhi, a guardarsi attorno, si ordina nella posizione delle membra, ha movimenti di deglutizione ed a muso di lepre. In questa fase la coscienza appare anche obnubilata, il malato non risponde alle domande, ma volge lo sguardo verso la parte di chi lo interroga. Dopo qualche minuto si alza a sedere, si passa la mano ripetutamente su la fronte e su gli occhi, comincia a scambiare una qualche parola. In seguito non si ha quasi mai sonno; mai poi fasi di stupore, di disorientamento, o stati di coscienza crepuscolare come nell'epilessia. Dopo l'accesso i malati sono concordi nel dire di non ricordare nulla di quanto è loro successo.

Vediamo ora i segni obbiettivi che permettono di distinguere questi accessi dagli epilettici, dagli isterici e dai simulati.

Durante la fase tonica dell'accesso epilettico un solo segno obbiettivo è praticamente possibile di rilevare, data la fugacità di questa fase (30 o 40 secondi) e lo stato di contrattura muscolare: la cianosi del volto e sopratutto delle labbra. La fase tonica, come ho detto, non esiste nel nostro accesso come del resto non esiste nell'accesso isterico.

Durante la fase clonica dell'accesso che nell'epilettico dura 4 o 5 minuti, le osservazioni che tanti autori riportano sul comportamento dei riflessi osteo-tendinei e cutanei non sono attendibili. E' impossibile osservare e tanto meno interpretare lo stato di questi riflessi col disordine motorio che pervade allora tutta la muscolatura. Soli sintomi obbiettivi di qualche valore sono in questo periodo, nell'epilettico, la cianosi del volto e delle labbra che a poco a poco scompare; i movimenti violenti e disordinati della lingua e delle mascelle; il polso estremamente accelerato; le pupille, che quando è possibile osservarle, non reagiscono alla luce; e l'abolizione completa della sensibilità al dolore, od almeno delle manifestazioni mimiche di questa sensibilità. Nei nostri accessi durante le contrazioni cloniche possiamo ritenere segni obbiettivi solo il pallore profondo delle labbra e del volto, il sudore profuso della fronte e l'abolizione completa delle manifestazioni mimiche della sensibilità al dolore. Sempre in tali accessi, in questa fase clonica più lunga e meno violenta dell'analoga dell'accesso epilettico, le pupille sono sempre bene osservabili e reagiscono sempre bene alla luce.

È nel periodo di transazione fra l'accesso ed il post-accesso che l'osservazione di fatti obbiettivi è maggiormente istruttiva ed è solo possibile. Questo periodo caratterizzato dalla scomparsa delle scosse cloniche fino al riapparire della motilità volontaria e della coscienza vigile, dura nei nostri accessi 3 o 4 minuti soltanto, mentre negli epilettici è molto vario potendo in essi pure durare solo qualche minuto, sempre però più a lungo che nei nostri casi, o più a lungo, o confondersi con un susseguente periodo di stupore. In questo periodo di transazione nell'accesso epilettico mancano sempre i riflessi cutanei: addominali superiori ed inferiori; cremasterici; e della fascia lata: i plantari o mancano o si ottengono in estensione (Babinski). I riflessi osteo-tendinei sono in questo periodo quasi sempre esagerati, policinetici, e molto spesso ho notato il clono del piede.

Nei nostri accessi i riflessi cutanei addominali, cremasterici e della fascia lata, sono quasi costantemente aboliti e solo in qualche rarissimo caso esistono appena accennati ed esauribili dopo due o tre stimoli. I plantari non li ho mai trovati in estensione, ma non sono neppure mai riuscito a provocarli. I riflessi osteotendinei (radiale, del tricipite brachiale, del cubito, rotuleo ed achilleo) sono sempre presenti, sempre forti, spesso policinetici e quasi sempre esiste il clono del piede più o meno accentuato. È superfluo dire che all'infuori dell'accesso tutti i miei malati non mostravano alcuna alterazione dei riflessi osteo-tendinei o dei cutanei.

Il periodo di post-accesso ho già detto come differisca notevolmente nel nostro caso e nell'epilessia.

Io ho eseguito la puntura lombare poco dopo l'accesso in alcuni dei miei malati, come di molti ho eseguito l'esame delle urine emesse circa mezz'ora dopo le convulsioni, ed a differenza di quanto avviene spesso nell'epilessia essenziale, non ho mai trovato nè un aumento di pressione del liquido cefalo-rachidiano nè presenza di albumina nelle urine.

La frequenza di questi accessi pseudo-epilet-

tici varia molto e nei vari individui e nello stesso individuo; ma in genere l'ambiente ospitaliero con la vita tranquilla e l'alimentazione sana, anche senza alcuna cura bromica li dirada a lunghe scadenze. Io non ho mai osservato alcuno stato di male di queste forme convulsive. La permanenza dei malati limitata al massimo di un mese nel nostro stabilimento, non mi ha permesso di seguire a lungo alcuno di essi: qualcuno però inviato in convalescenza già da due mesi scrive di non aver più avuto accessi. Esistono anche equivalenti e più spesso forme abortive, di questi stati convulsivi: gli equivalenti mi sono sembrati consistere in periodi brevi d'intensa cefalea, in stati d'irrequietezza: le forme abortive sono rappresentate da stordimento e da specie d'assenze senza caduta, ma con pallore, cardiopalmo e sudorazione. Non ho mai osservato equivalenti psichici della natura degli epilettici.

Gli individui malati di queste forme convulsive non sembrano quindi degli epilettici sia per la loro costituzione neuro-psichica che per le caratteristiche dei loro accessi; non sono degli isterici per i dati obbiettivi riferentisi sopratutto alle alterazioni dei riflessi osteo-tendinei e cutanei rilevabili durante gli accessi stessi, e per questa medesima ragione non sono dei simulatori.

Anche per ciò che riguarda la loro costituzione mentale i miei malati debbono differenziarsi dagli isterici: essi non sono dei suggestionabili, in cui le sensazioni cenestesiche male interpretate producano illusioni che poi servano di base all'idea suggestionante, condizione che mi sembra fondamentale dell'isterismo pitiatico, non presentano restringimento del campo della coscienza, nè tendenza alla dissociazione dei complessi psichici che formano la personalità.

Non parlo poi di convulsioni istero-epilettiche perchè non ho mai compreso che cosa voglia significare questa ibrida associazione, data la natura fondamentalmente diversa delle due affezioni: una organica, l'epilettica; l'altra psico-nevrosica, l'isterica. Potranno esserci degli epilettici isterici e se si vuole un accesso isterico teoricamente potrà precedere un epilettico; ma ammettere delle convulsioni istero-epilettiche, la partecipazione cioè delle due forme morbose allo stesso episodio esplosivo psicomotorio, mi sembra una contraddizione in termini.

Vediamo ora se i miei stati convulsivi trovano posto nei quadri epilettico-affini descritti da varî autori (Friedmann, Heilbronner, Oppenheim, Spiller, Dana, Bratz, Bonhoeffer, Ziehen), nei degenerati psicastenici e nei degenerati neuropsicopatici.

Il prof. A. Moselli nel suo ottimo *Manuale di Psichiatria*, propone di raggruppare tutti questi stati convulsivi sintomaticamente affini alla epilessia; sotto il nome di « Psicolessia » e crede che per ora sia giustificato collocarli fra le psiconevrosi perchè «... mostrano molte più « analogie con gli stati degenerativi, particolar- « mente con quelli caratterizzati da insufficien- « za mentale, con l'isterismo e con la psicaste- « nia, che con l'epilessia come oggi è per lo più « intesa ».

Il prof. G. Pellacani in una memoria molto ben fatta e che rappresenta oltre il frutto di osservazioni e di vedute personali, anche una rivista completa dell'argomento (Rivista di Patologia nervosa e mentale, 1917, III), studia a fondo i caratteri di queste forme che in ultima analisi si possono ridurre a tre: 1. Narcolessia o forma di Friedmann; 2. Epilessia psicastenica di Oppenheim; 3. Epilessia affettiva di Bratz: ed arriva alla conclusione che esse rappresentano: « ... forme miti, episodiche, talora laten- « ti, di epilessia che abbisognano uno stimolo « esogeno per manifestarsi, e che hanno netti « caratteri differenziali dalle epilessie gravi a « caratteristico decorso cronico, progressivo; ma « non per questo si è meno nel campo delle epi- « lessie ».

Ora gli accessi che io ho descritto non possono paragonarsi con la forma di Friedmann perchè la Narcolessia rappresenta, nel concetto di questo autore, una sindrome che si manifesta in ragazzi, raramente in adulti, nervosi, spasmofilici ed a reazioni vasomotorie esagerate, con assenze multiple, susseguentisi a gruppi in numero alle volte anche rilevante nel corso di una giornata e senza perdita completa della coscienza.

Restano le forme di Oppenheim e quella di Bratz.

Nella epilessia psicastenica di Oppenheim i malati hanno la caratteristica mentalità psicastenica individualizzata da Janet e da Raymond. « La psychasténie — dice Janet — est « une forme de la dépression mentale caracte- « risée par l'abaissement de la tension psycolo- « gique, par la diminution des fonctions qui « permettent d'agir sur la réalité et de perce- « voir le reel, par la substitution d'operations « inférieures et exagerées sous la forme de tou- « tes, d'agitations, d'angoisses et par des idées « obsédantes qui expriment les troubles précé- « dents et qui présentent, elles mêmes, les mê- « mes caractères ».

Questa mentalità non è affatto dei miei malati che sono semplicemente e soltanto dei neuropatici, delle persone a costituzione neuro-psichica gracile (nervosa, infantile, debole, che dire si voglia); ma non deviata. Per costituzione

mentale gracile intendo che in essi i processi ideativi, volitivi, emotivi, ecc., si compiono per orientamento come nelle persone normali, salvo presentare quella debolezza irritabile per la quale il consumo di energia che è a base di tali processi, viene a farsi dietro stimoli più deboli che di norma e quasi a modo di scarica, non sotto il freno ed il controllo continuo e sufficiente degli stimoli inibitori.

Gli accessi di Oppenheim sono tipicamente epilettici o vi assomigliano molto e spesso rivestono il carattere di equivalenti psichici, assenze, vertigini, epilessie parziali, ecc. Quelli dei miei malati invece presentano caratteristiche sempre ben distinte dall'accesso epilettico cominciando dalla mancanza del periodo tonico fino a tutte le altre a cui sopra ho accennato. Non ho poi mai riscontrato equivalenti psichici della natura degli epilettici nè forme di epilessia parziale.

Nell'epilessia di Bratz gli accessi convulsivi possono riprodurre esattamente il quadro dell'accesso epilettico tipico con incoscienza completa, fasi tonica e clonica, rigidità pupillare, morsicatura della lingua, enuresi, ecc. Inoltre anche qui molti avrebbero osservato equivalenti psichici identici a quelli dell'epilessia essenziale. E tutto ciò costituisce già un carattere distintivo importante con le forme da me descritte. Di più la personalità neuro-psichica dei malati di Bratz è di tipo iperstenica, anzi sufficientemente degenerata, cominciando dalla eredità morbosa fino alle stigmate somatiche degenerative personali. In essi si può avere deficienze intellettuali fino alla imbecillità; ma nella grande maggioranza non si riscontrerebbero che disturbi dell'umore, dell'attenzione, grande esauribilità e gravi deficienze morali arrivanti fino alla delinquenza abituale. Gli ammalati di Bratz presentavano poi negli intervalli interacessuali esagerate reazioni vasomotorie, esagerata riflettività osteo-tendinea (?) tremori, sintoma di Rosembach, frequente ipoalgesia che spesso giungeva fino alla analgesia. Io non ho mai riscontrato nulla di tutto ciò nei miei malati: nè per ciò che riguarda la loro costituzione nervosa nè quella mentale.

In quale categoria possono dunque entrare gli accessi che ho descritto? L'opportunità di stabilire se queste forme debbano oppure no entrare nel quadro dell'epilessia, mi pare evidente sia per la prognosi, che per la terapia e sopratutto, trattandosi di militari, per le conseguenze medico-legali.

Nelle poche parole che ho detto più sopra su l'epilessia così detta essenziale, ho cercato di mettere in evidenza i soli caratteri per i quali questa sindrome può trovare ancora un posto a parte nella nosografia medica moderna, ed ho cercato di fare comprendere come essendo molto numerose e molto incerte le condizioni patogenetiche degli accessi convulsivi, sia un criterio fallace vedere dell'epilessia e sia pure delle epilessie, tutte le volte che ci troviamo di fronte ad accessi convulsivi di natura organica e di causa non palesamente speciale (come sarebbero le convulsioni epilettoidi uremiche, meningee, delle sindromi d'ipertensione, ecc.).

Ripeto qui quello che ho detto più addietro: tutti gli accessi convulsivi, tranne gli isterici, sono di natura organica; e gli elementi che costituiscono il loro meccanismo di produzione sono probabilmente gli stessi in tutti i casi, sebbene diversissime siano le condizioni che li possono mettere in evidenza. Quando diciamo che un accesso è di natura tossica, di natura vasomotoria, di natura irritativa o che esso è frutto della costituzione particolarmente degenerativa del nevrasse di certi individui, veniamo ad esprimere le varie condizioni patogenetiche dell'accesso stesso, ma siamo d'accordo nel ritenerlo di natura organica, effetto cioè di un particolare alterato metabolismo degli elementi nervosi; particolare metabolismo che se avessimo mezzi adatti, potremmo fissare in una imagine equivalente istochimica che sarebbe diversa da quella che ci esprimerebbe il chimismo che è a base dei movimenti volontari e di quelli dell'accesso isterico. Noi diciamo che l'accesso isterico non è di natura organica unicamente perchè il chimismo degli elementi che ne producono i movimenti, data la somiglianza di questi con quelli normali e data l'origine subcosciente dell'accesso, riteniamo sia lo stesso che deve essere a base dei movimenti ordinari e coscienti. Clinicamente poi la natura organica degli accessi può essere riconosciuta, a rigore, solo dai segni di lesione organica del nevrasse che se ben ricercati si possono mettere quasi sempre in evidenza nel periodo immediatamente post-accessuale.

Il fatto di aversi accessi di natura organica e per gravità molto simili ai classici dell'epilessia cosidetta essenziale, non è dunque sufficiente a fare di tutti i convulsivanti degli epilettici.

Anche la cosidetta condizione epilettogena del cervello, che dovrebbe essere la condizione per cui gli stimoli più svariati possano tradursi in un'esplosione accessuale psicomotoria, allo stato attuale delle nostre conoscenze è ben lungi dal rappresentarci un fattore degenerativo importante e patognomico dell'epilessia. Vediamo infatti correntemente frequentissimi accessi convulsivi nella prima età ed in dipendenza delle cause le più svariate, senza che la gran-

dissima parte dei bambini che li presentano divenga poi degli epilettici sia pure di epilessie minori. Questa condizione epilettogena che non ha grave significato patologico nell'infanzia, non è inverosimile che possa permanere in molti individui, senza rappresentare un carattere profondamente e progressivamente degenerativo, anche nell'età adulta; ed in questi casi basteranno stimoli di una certa natura ed intensità per metterla in evidenza.

E così credo sia nei casi da me descritti. Questi « stati convulsivi dei nevropatici » pur rappresentando convulsioni di natura organica, mi sembra debbano andare distinti dalla epilessia cosidetta essenziale ed anche dalle altre epilessie minori; e mi sembra possano interpretarsi con sufficiente chiarezza ammettendo che negli individui che li presentano, la stessa debolezza irritabile che abbiamo visto essere a base della loro costituzione neuro-psichica, debba esistere per le altre zone dell'encefalo fra le quali la sfera rolandica, costituendo una condizione epilettogena analoga a quella che troviamo nei bambini normali. Si tratta dunque di gracilità, di debolezza, non di degenerazione.

Concludendo, gli accessi che ho descritto, mi sembrano rappresentare episodi convulsivi in individui a costituzione neuro-psichica gracile, molto probabilmente di origine tossica o vasomotoria, episodi che vediamo ora con una certa frequenza perchè il formidabile *surmenage* di fatiche e di emozioni, che porta seco la guerra, moltiplica le condizioni che sono di substrato al loro apparire, e nulla più.

Le poche parole che ho detto più sopra su le condizioni generali dell'accesso convulsivo, lumeggiano la possibilità di avere scariche convulsive episodiche e di natura organica, anche in individui a fondo non degenerato. Basta che gli stimoli che pervengono alla corticalità (l'origine corticale degli accessi convulsivi è oramai stabilita) siano abnormi e trovino elementi ipereccitabili.

Naturalmente rappresentando questi accessi stati convulsivi a base organica (d'origine tossica o vasomotoria?) oltre ad una scarica di stimoli motori abbiamo anche una scarica di stimoli inibitori che ci spiega i fenomeni di *deficit* della coscienza e dei riflessi cutanei e di esagerazione dei riflessi tendinei che abbiamo osservato, e che esistono anche più accentuati nell'epilessia.

Zona di guerra, giugno 1917.

Pubblicheremo prossimamente:

G. BILANCIONI, *Metodo semplice per la cura radicale degli ascessi peritonsillari;*

E. VECCHIA, *La cura abortiva della blenorragia acuta castrense.*

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Apparecchio conta-pannilini per laparotomie

per il prof. LUIGI DE GAETANO.

L'arte chirurgica è arte pericolosa, così come tante altre arti ed industrie nelle quali, indipendentemente dalla volontà dell'artefice, possono determinarsi accidenti tali da compromettere la esistenza di vite umane.

Gli è per ciò che ancora è applicabile al chirurgo, più che al medico, l'ormai famoso articolo 375 del Codice penale, per il quale, come si sa, « chiunque per imprudenza o negligenza ovvero per imperizia nella propria arte o professione, o per inosservanza di regolamenti, ordini o discipline, cagiona ad alcuno un danno nel corpo o nella salute od una perturbazione di mente è punito ecc. ».

*
* *

Pensando che ogni mezzo, il quale in via preventiva possa diminuire l'insorgenza di tali spiacevoli accidenti, debba esser reso di pubblica ragione e divulgato, ci siamo indotti a presentare all'Accademia questo apparecchio conta-pannilini, che primieramente ideammo e facemmo costruire per il nostro modesto armamentario chirurgico.

In ogni intervento laparotomico vi è un momento nel quale il chirurgo operatore è preso da giusta e viva preoccupazione; tal momento si verifica quand'egli ultimati gli atti operativi intraddominali, si accinge a richiudere il ventre con la sutura del peritoneo. Onde con ansia domanda agli assistenti se il conteggio dei pannilini serviti per la emostasia e la toilette dell'operazione cavitaria sia esatto; nel dubbio che qualcuno, specie se l'intervento per condizioni locali o generali dell'operando, fu molto movimentato, fosse per disavventura andato sperduto nell'addome.

Un'altra giusta ragione di preoccupazione, del pari pel dubbio che eventualmente qualche pezza sia rimasta in cavità addominale, sorge nell'operatore quando, nel decorso post-operativo dei laparotomizzati, sopraggiungono dei fenomeni allarmanti di risentimento peritoneale, specie se accompagnati da coliche intestinali, od addirittura da fenomeni di occlusione intestinale. Quante volte, allorchè la natura del male e la facilità tecnica onde procedè l'intervento, non lasciavano minimamente prevedere un decorso post-operativo tumultuoso e pericoloso, il chirurgo operatore, assillato dall'idea dell'eventualità di un corpo estraneo in addome, non fu in procinto di riaprire il ven-

tre per sincerarsene, o adirittura non lo riaprì per tranquillizzare il suo animo, giustamente preoccupato?

La preoccupazione del chirurgo è pienamente giustificata se si pon mente che egli non può assolutamente sorvegliare il conteggio dei pannilini durante un intervento laparotomico, occupato come è alla esatta e rapida esecuzione dell'operazione. Ond'è che debba fare completo affidamento sulla diligenza degli aiuti e degli assistenti.

Ma ognuno che pratica tali interventi sa bene per esperienza come le cose sogliono procedere.

Non parliamo degl'interventi praticati con personale assistente non molto pratico, o addirittura improvvisato, come purtroppo suole avvenire per interventi di urgenza in provincia.

Ma consideriamo quanto avviene anco in ambienti chirurgicamente organizzati ed affiatati, nei quali non infrequentemente l'assistente è pur legato da affetto di discepolo a Maestro, al Chirurgo operatore. L'errore — *humanum est errare* — può del pari verificarsi!

E si spiega. L'assistente al principio dell'operazione mette da banda un dato numero di pannilini e quando l'operatore, alla chiusura del ventre, gli domanda se il numero dei pannilini è esatto, egli deve a sua volta fidarsi dell'infermiere o della suora che si affrettano ad andar raccattando i pannilini sporchi, riferendogli un numero sul quale egli fida, e con quello che gli risulta dal numero dei pannilini puliti e di quelli esistenti sul campo operativo egli fa la somma e vede se il conto torna.

Orbene ordinariamente le cose procedono regolarmente; ma non è impossibile, specie se occorsero molti pannilini, e se si inzupparono molto di sangue, che qualche errore non si verifichi, e non sia in buona fede assicurato all'operatore un conteggio esatto, che in realtà sventuratamente non risponda al vero.

*
* *

Gli è per le su riferite ragioni che da molto tempo abbiamo cercato di escogitare qualche mezzo che non pure desse all'operatore la sicurezza matematica della esattezza del conteggio, ma gli desse anco nel contempo il mezzo di potere egli direttamente controllare durante e dopo l'atto operativo il numero esatto dei pannilini di cui si è servito.

Dopo ripetute indagini e mezzi diversi escogitati, a noi sembra di avere ora precisamente risoluto il problema mercè un *apparecchio contapannilini*, che ben potrebbe anche appellarsi un *contatore automatico*, il quale permette all'operatore in ogni momento dell'operazione e dopo di essa vedere e controllare il numero dei pannilini, di cui si è servito.

Descrizione dell'apparecchio. — Il primo quesito a risolvere consistè nel trovare un mezzo per potere numerare i pannilini che in ogni singola laparotomia vengono ad essere impiegati.

Pensammo utilizzare i numeri-marche usati dai camerieri dei gran caffè pel conteggio della contabilità con la cassa dell'esercizio.

Ogni pannilino perciò deve avere il suo numero ed a fine di operazione, a seconda dei numeri-marche utilizzati, si saprà il numero esatto dei pannilini impiegati (fig. I a).

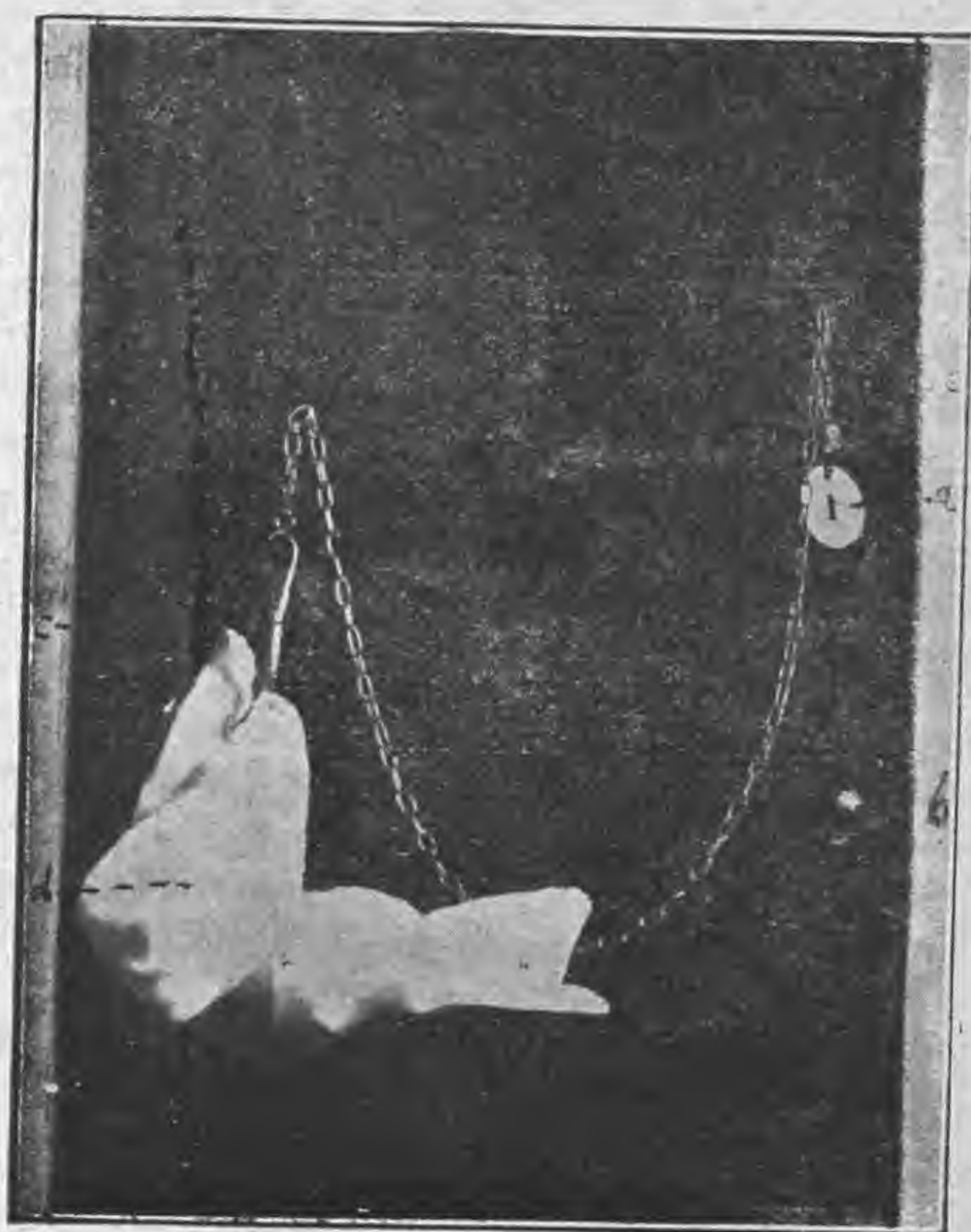



Fig. I.

Il secondo quesito riguardò il modo come attaccare il numero-marca al pannilino in guisa ben visibile; ed in maniera che non potesse confondersi con esso, ed eventualmente con esso andar sperduto in cavità addominale.

A ciò abbiamo provveduto col munire ciascun numero-marca di una catenina, lunga circa mezzo metro, a maglie sottili in guisa da potersi ben ripulire dopo ogni atto operativo (fig. I b).

Allo estremo opposto della catenina abbiamo fatto saldare una pinza a morso di gambero, che con facilità e rapidamente aggancia il pannilino da numerare ed una volta piazzata nessuna trazione riesce più a distaccare; che anzi eventuali trazioni non faranno che sempre più

approfondire i denti della pinza nel pannilino agganciato (fig. I c).

Il pannilino (fig. I d). resta così saldamente attacato al suo numero-marca, e mentre nel-lizzazione e la conservazione dei numeri-marca, desse anco all'operatore agio di controllare durante e dopo la operazione il numero dei pannilini di cui si è servito.

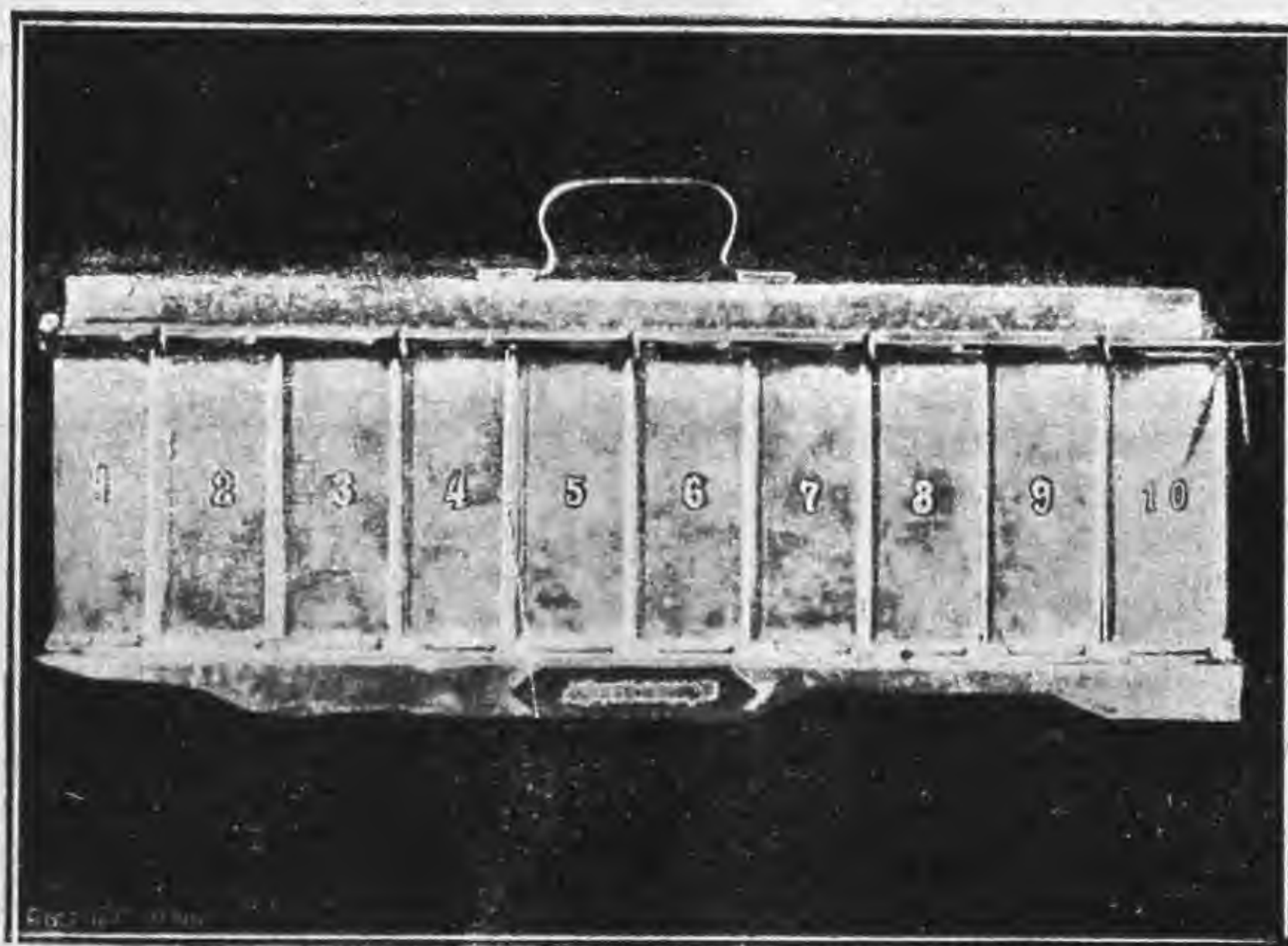



Fig. II.

l'uso, esso entrerà in cavità addominale per i bisogni dell'atto operativo, la catenina ed il numero-marca resteranno ben visibili fuori la cavità e pendenti lateralmente all'addome. Per rendere ancora più facile tale pendenza, ab-

A tal'uopo abbiamo ideato e fatto costruire un apparecchio rettangolare trasportabile e sterilizzabile all'autoclave, nel quale sono piazzate da un lato e da l'altro una serie di cellette numerate, che si possono facilmente aprire e

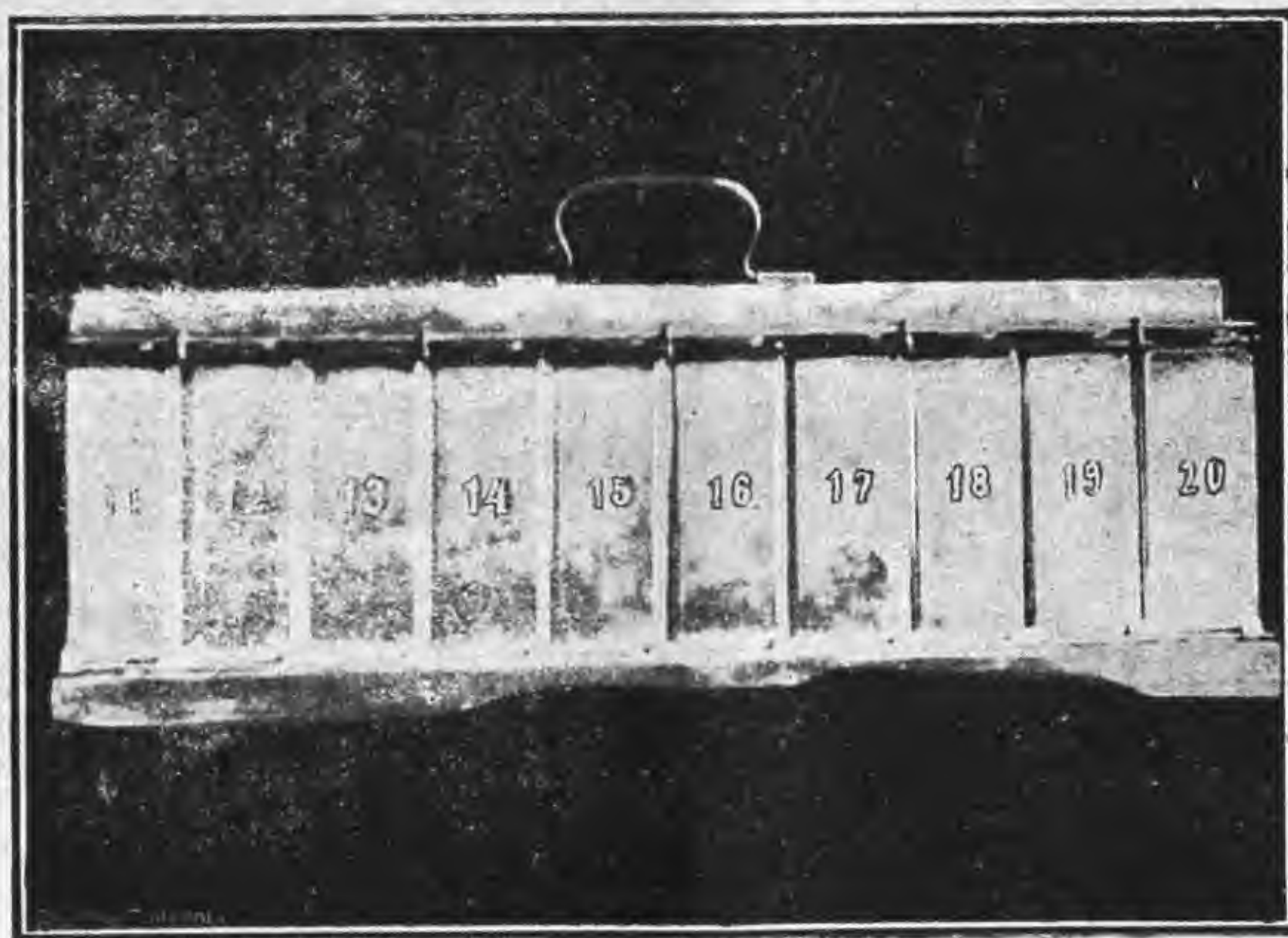



Fig. III.

biamo creduto rendere più pesante la marca facendo piazzare, nel punto di attacco tra marca e catenina, una palletta di piombo (fig. I e).

*
* *

Risoluto così il quesito fondamentale della numerazione dei pannilini abbiamo volto il nostro studio alla costruzione di un apparecchio il quale, nel contempo che permettesse la steri-

chiudere e capaci di contenere il corrispondente numero-marca.

Ciascuna delle due facce dell'apparecchio contiene (fig. II) dieci cellette, la prima con i numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e la seconda, a ridosso della prima con i numeri 11, 12, 13, 14 15, 16, 17, 18, 19, 20 (fig. III).

Le cellette hanno forma verticalmente rettangolare e son fatte in guisa che mercè una cer-

niera alla base (fig. II) ciascuna si possa facilmente aprire in piano inclinato, permettendo così la facile fuoriuscita del corrispondente numero-marca (fig. IV a). Per chiudere la celletta basta sollevarla e sospingerla nell'incastro di sostegno dell'apparecchio, in guisa che ciascuna celletta può dirsi fatta di una parte esterna fissa — che potremo chiamar femmina — e di una parte interna mobile — che possiamo dir maschio. Allo scopo di tener ben aprire rapidamente ciascun scompartimento (fig. IV b).

Allo scopo di rendere facilmente sterilizzabile tutto l'apparecchio sia all'autoclave che alla ebollizione, nel centro del piano superiore ed inferiore di ciascun scompartimento vi è un foro del diametro di un centimetro in guisa che il vapore d'acqua sterilizzante possa passare attraverso ogni celletta e circolare. Ultimata la sterilizzazione tutti i fori sia del piano

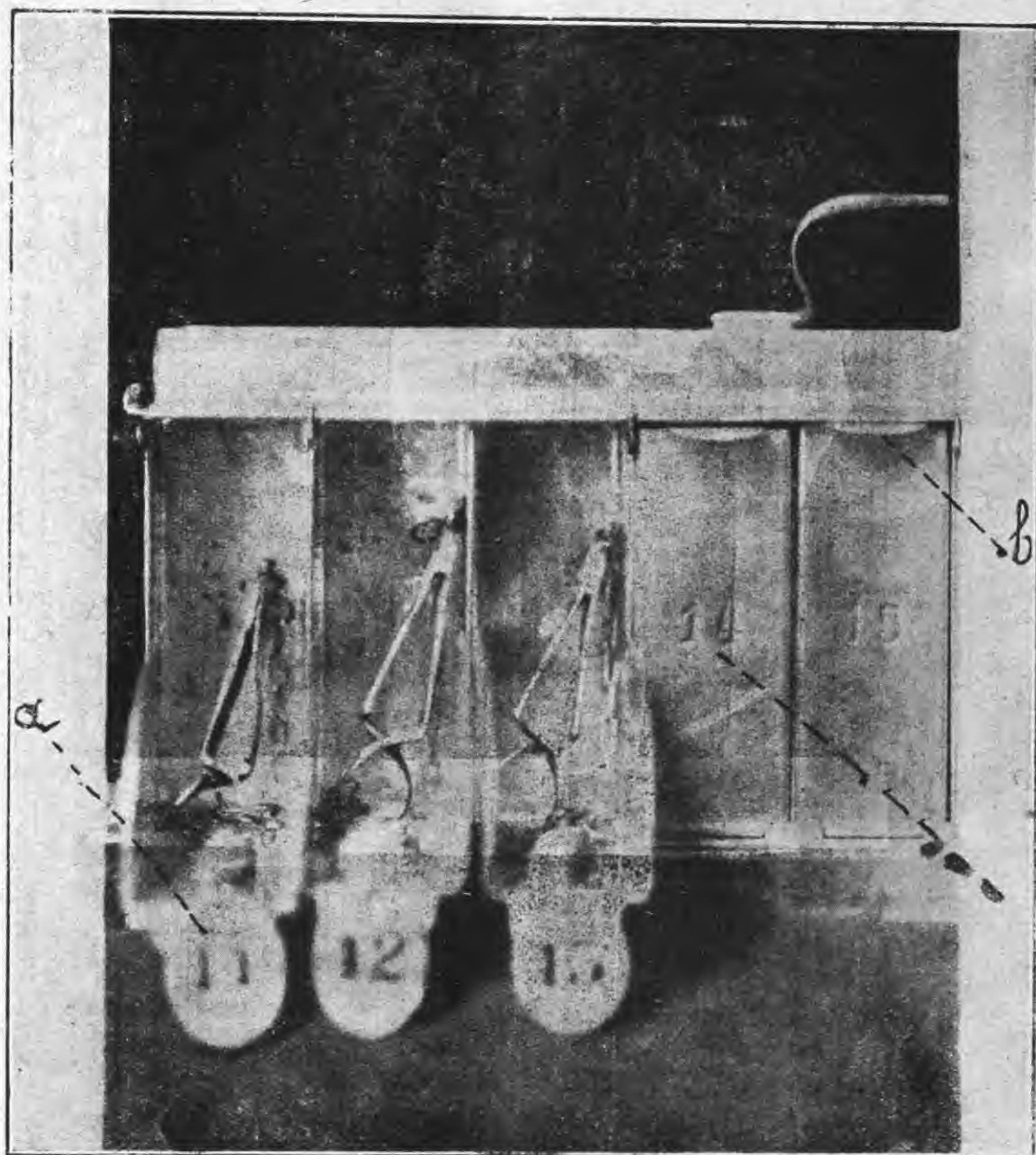



Fig. IV.

chiuse tutte le cellette nel momento della sterilizzazione e nel trasporto è piazzato sull'estremo superiore delle cellette un'asta metallica rigida (fig. II) che passando attraverso parecchi anelli fissi sull'apparecchio, impedisce che possano aprirsi. Nel momento dell'uso dell'apparecchio invece si tira l'asta metallica di un lato e dell'altro e le cellette possono essere facilmente aperte; il che è facilitato da una sporgenza in fuori dell'estremo superiore della parte mobile, che serve da punta di presa per superiore (fig. V) che di quello inferiore vengono chiusi mercè una lamina spostabile a *coulisse* esterna (fig. V a), ossia collo stesso sistema in uso nei cestelli per la sterilizzazione del materiale di medicatura.

Apparecchio in funzione. — Innanzi tutto i pannilini che hanno da servire per l'operazione vengono sterilizzati a pacchetti di dieci ognuno. All'inizio dell'atto operativo l'assistente piazza presso l'apparecchio un primo pacchetto di dieci pannilini ed apre il primo scompartimen-

to contenente la marca n. 1 che, mercè la pinza, fissa rapidamente ad un pannilino e porge all'aiuto prossimo all'operazione. Apre così successivamente lo scompartimento n. 2, e n. 3 e così via fino al n. 10 (fig. II), venendo così ad esaurire il primo pacchetto di dieci pannilini.

Prende quindi un secondo pacchetto di dieci pannilini e volta l'apparecchio per servirsi successivamente delle altre marche da 11 a 20, attaccandole successivamente ai pannilini. Gli scompartimenti da cui sono estratti i numeri-marca restano aperti. In tal guisa l'operatore a distanza, guardando solo l'apparecchio, può sapere in ogni momento dell'operazione di quanti pannilini si è servito, leggendo il numero del prossimo scompartimento chiuso (fig. IV n. 14). Del pari a fine di operazione richiederà al personale assistente con precisione matematica il numero di pannilini di cui si è servito durante tutto l'atto operativo. A facilitare tale conteggio finale si piazza presso il tavolo su cui è poggiato l'apparecchio un recipiente nel quale si buttano i pannilini che sono serviti, dopo di avervi smontato il numero-marca.

Se nello sviluppo dell'operazione l'assistente prevede che occorrerà un numero superiore a venti pannilini, quanti sono i numeri-marca, egli raccoglierà i numeri della prima diecina, già serviti, e tornerà con essi a caricare i primi dieci scompartimenti, di cui si servirà dopo il n. 20; cominciando così una terza diecina di pannilini che, se saranno tutti utilizzati, porterà il conteggio finale di essi a 30 pannilini. E così del pari, se ancora altri pannilini serviranno, tornerà a caricare l'apparecchio dall'altro lato; e così via via fino a qualsiasi numero di pannilini, avendo solo l'avvertenza di segnare il numero delle diecine, durante tutto l'atto operativo.

Per lo più, quando i pannilini sono abbastanza larghi, per esempio di un metro, come abitualmente sogliamo usare, una ventina di pannilini sono sufficienti. In un caso di Isterectomia addominale per voluminoso ed incastrato miofibroma furono sufficienti sedici pannilini.

* * *

Con l'apparecchio conta-pannilini da noi ideato, ci sembra si possa asserire che in ogni laparotomia, anche la più movimentata e rapida, come a mò di esempio negli interventi per lesioni traumatiche addominali, nei quali spesso il successo è in rapporto della rapidità onde l'atto operativo vien condotto, non è assolutamente possibile che alcun pannilino vada sperduto e dimenticato in cavità addominale; e si può sempre con sicurezza matematica avere il preciso conteggio di tutti i pannilini impiegati, da poi che il controllo della numerazione è fatto dallo stesso operatore, il quale indubbiamente è il più interessato, essendone il responsabile, a che nessun errore abbia a verificarsi.

Napoli, dicembre 1917.

Fig. V.

NOTE E CONTRIBUTI.

La precarietà del cosiddetto Anofelismo senza malaria.

Nota di profilassi antimalarica nella popolazione civile e nell'esercito.

Dott. MARINO ANDREOTTI.

Riferisco volentieri due casi di febbre malarica osservati a Bientina (luogo paludoso e ricco di anofele, ma non malarico), perchè mi sembra dimostrino chiaramente: 1° che il concetto di « Anofelismo senza malaria » deve essere inteso in *senso lato;* 2° che casi di malaria possono manifestarsi anche prima del giugno, epoca in cui suole iniziarsi la stagione malarica; 3° come non convenga inviare in licenza (specialmente di convalescenza), dei soldati malarici nel periodo estivo-autunnale tanto in luoghi malarici, come anche di puro Anofelismo, senza correr pericolo di diffondere l'infezione.

Bientina (per chi non lo sapesse), è un paese di pianura, in provincia di Pisa, circondato da est e da nord dal padule omonimo, il quale dista circa 5 Kl. dal centro, ma le cui case coloniche si estendono fin proprio al limite della zona paludosa: nell'estate è completamente asciutto e vien coltivato in gran parte a saggina. ma nell'inverno è tutto coperto dall'acqua. Anche nel paese vi sono in estate moltissime zanzare, ma non Anofele, le quali invece sono numerosissime nelle case vicine al padule. Non vi è malaria, ripeto; almeno in cinque anni io non ne avevo mai osservato finora alcun caso, nè mi risulta siansene verificati per molti anni addietro; i vecchi però riferiscono concordemente che « a tempo loro », ve n'è stato qualcuno. Si può dunque ritenere anche Bientina come un di quei luoghi di Anofelismo senza malaria, ormai comuni in Italia e fuori (Ungheria); così il Rossi (*Policlinico*, 1912, p. 1022), cita come esempi la valle già occupata dal lago di Fucino, le valli di Loreto e Recanati, Schito alle foci del Sarno, la provincia di Macerata, ecc.; Celli e Gasperini citano Massarosa, in Comune di Viareggio, Mercanti e Pasquini, Brozzi, presso Firenze, ecc. Anzi Celli e Gasperini aggiungono che « a Massarosa non mancherebbe neppure alle anofele l'occasione di infettarsi, perchè ogni anno una parte della popolazione emigra in luoghi malarici, d'onde ogni anno alcuni tornano a casa colle febbri », senza contare che circa venti anni fa Massarosa era zona malarica.

L'anofelismo senza malaria è dunque un fatto inoppugnabile, ma come spiegarlo? Si credeva vi fossero alcune specie di anofele refrattarie all'infezione, ma Bignami e Grassi (*Policlinico*, 1915, p. 629) hanno dimostrato che anche le anofele catturate in località immune da malaria, sono capaci di infettarsi di parassiti malarici e di permetterne l'intero ciclo di sviluppo nel loro organismo; « però, asserisce Bignami, anche se in tali luoghi vi giunge qualche individuo malarico, non si osserva mai la formazione di un centro d'infezione ».

Tale assolutismo sembrami che debba essere inteso con una certa larghezza, perchè se un vero centro d'infezione non si è finora verificato, non può escludersi qualche caso isolato ed i due, che riferisco subito, calzano a proposito.

Verso il 10 maggio dell'anno decorso tornò in licenza di convalescenza da zona malarica (Chioggia) certo B... V., soldato: appena giunto a casa, gli accessi febbrili, che da oltre un mese tacevano, si manifestarono nuovamente ed io ebbi occasione di vederlo varie volte in preda ad attacchi violenti e con milza molto grossa: il quadro era evidentissimo e per di più la diagnosi era stata controllata con esame microscopico del sangue fatto dai medici militari. Il 29 maggio fui chiamato in quella casa a visitare un ragazzo, nepote del B..., ammalatosi improvvisamente. E' un ragazzo di 12 anni, robusto, senza precedenti ereditari nè personali degni di nota: poche ore avanti la mia visita cominciò a provare un senso di profonda prostrazione e ronzio agli orecchi, poi intensi brividi di freddo ed un tal senso di stordimento da esser costretto a farsi portare a letto. Io lo trovai con temperatura 40,2. P. 130 — R. 36: aveva la faccia congesta, forte cefalea, sonnolenza. Dall'esame somatico, praticato attentamente, non potei riscontrare alcunchè di anormale in nessun viscere, ma siccome coi contadini il medico, per esser degno di tal nome, deve saper fare la diagnosi subito e senza tante riserve, così io emisi il sospetto di un focolaio centrale di polmonite. Il giorno appresso tornai a rivederlo e con mia sorpresa lo trovai nel cortile attiguo alla casa, sorridente come per rallegrarsi meco dell'esattezza della mia diagnosi. Pensai si fosse trattato di un focolaio abortivo di polmonite, o di una di quelle febbri cosiddette criptogenetiche, forse da autointossicazione intestinale: il giorno appresso, quasi alla stessa ora, si ebbe nuovo brivido di freddo e nuovo attacco febbrile simile al primo, che cedé nella notte con profusi sudori. Sospettando una febbre auto-tossica, feci purgare il ragazzo, ma dopo un giorno di benessere il quadro si ripetè più grave ed all'esame obiettivo riscontrai l'area splenica lieve-

mente ingrandita, la milza palpabile, molle, dolente, mentre il bambino si faceva sempre più pallido. Mi tornò in mente il racconto, più volte fattomi da questi contadini, che un tempo qualche caso di malaria si era verificato in quei luoghi: in tale sospetto (per quanto la camera del mio cliente fosse una stanzetta piccola e buia), mi detti a ricercare l'eventuale esistenza di anofele, ne trovai infatti qualcuna nella camera e moltissime nella stalla sottostante. A vero dire nessuna aveva il ventre ripieno di sangue, ma ciò non fa meraviglia, sapendosi con quanta malizia esse sanno rifugiarsi nei più difficili nascondigli per venir fuori al momento opportuno. Tale reperto accrebbe fortemente i miei dubbi, ma non avendo modo di far l'esame microscopico del sangue, volli aspettare ancora a pronunciarmi e ad iniziare la cura che avrebbe intralciato le mie ricerche.

Dopo un altro giorno di riposo, si rinnovò un quarto attacco febbrile assai più grave degli altri (40,8° C.) con fenomeni generali allarmanti (stupore profondo, incoscienza completa, ecc.) da far pensare ad una perniciosa, e tutto cedè in un'ora circa mediante una iniezione endovenosa di chinino. Il dubbio divenne per me realtà. Nessuno può negare infatti che l'esame positivo del sangue avrebbe avvalorata la diagnosi e l'avrebbe resa indiscutibile, ma la sintomatologia classica della malattia coi suoi tre periodi di brivido, calore e sudore, il ciclo tipico della febbre e la efficacia immediata della cura, mi sembrano più che sufficienti per dileguare qualunque incertezza.

Dopo circa un mese una sorella del mio ammalato, di anni 18, si ammalò pure colla stessa sintomatologia. È anch'essa una ragazza robusta e senza precedenti ereditari nè personali: si ammalò improvvisamente con febbre preceduta da intensi brividi di freddo e che finì dopo 7-8 ore con profusi sudori. Al primo attacco, dopo un giorno di completo benessere, ne seguì un secondo ed allora iniziai la cura di bisolfato di chinino, somministrandone un grammo al giorno per os: la febbre cedè immediatamente. Tanto nell'un caso che nell'altro continuai la somministrazione di 1 gr. al giorno di chinino per oltre un mese e di gr. 0.50 per altri giorni dieci, e la febbre non si è più manifestata.

Trattasi, dunque, con sicurezza di due casi di malaria, che mi sembrano interessanti non tanto per il fatto di essersi verificati in zona non malarica, quanto anche perchè l'infezione si è manifestata prima dell'epoca in cui suole iniziarsi la stagione malarica. Forse tale anticipazione è dovuta in parte al caldo umido del maggio 1916, che fu in questi posti eccessivo, ed in parte agli sconvolgimenti di terreno, che si fanno su vasta scala in quest'epoca per la semina del granturco e saggina.

Il punto di partenza dell'infezione sembrami logico supporre sia stato il soldato B..., il quale infettò le anofele e queste alla lor volta i due ragazzi. È vero che, essendosi tempo fa (si dice) verificati dei casi di tal genere, si potrebbe anche pensare che le anofele potessero essere state infettate da qualche antico portatore indigeno di malaria; però « si dice » che tali casi vi siano stati, ma io in cinque anni non ne ho osservato alcuno, e sarebbe strano che dopo tanto tempo di benessere, un malato fosse in grado di infettare le anofele, senza aver mai dato alcun segno dell'infezione. D'altra parte il ciclo febbrile dei miei ragazzi era uguale a quello dello zio, onde parmi evidente che questi, e non altri, sia stato il portatore della malattia.

Per la verità debbo aggiungere che da Chioggia vennero poi in licenza in tal periodo vari altri soldati malarici e non si sono più verificati altri casi di malaria. Questo fatto conferma il concetto che deve aversi dell'anofelismo senza malaria, cioè che in tali luoghi non può verificarsi un vero centro d'infezione malarica (Bignami), senza (io credo), potersi escludere la manifestazione di qualche caso sporadico, dimostra, cioè, che tale stato può esser precario.

L'altro fatto, che nei miei ragazzi l'infezione cedé subito e completamente al chinino fa pensare che l'infezione, se contratta in luoghi non malarici, è di natura benigna e cede facilmente alla cura specifica.

Dalle mie osservazioni possiamo trarne qualche corollario di profilassi generale con speciale riguardo ai nostri soldati.

Sappiamo ormai che per sradicare completamente la malaria, due vie sono possibili: o impedire che l'anofele punga l'uomo infetto o guarire tutti i malarici. Per raggiungere il primo scopo si sono tentati: prosciugamenti, bonifiche, distruzioni delle zanzare nei loro diversi stadi, protezione meccanica delle abitazioni e dei lavoratori, ma tutto, purtroppo, con poco vantaggio. Neppure è facile guarire tutti i malarici, sia perchè non sempre la cura è praticata colla voluta energia, sia perchè spesso l'infezione è oltremodo resistente. Sappiamo, infatti, di casi che recidivano dopo degli anni, come ha dimostrato il Celli, e son questi portatori occulti di plasmo di malarici, simili ai portatori del tifo, la causa frequente di nuove infezioni. Ciò del resto non infirma l'efficacia della cura, giacchè quasi sempre

riusciamo col chinino a vincer la malattia, e le recidive sono più dovute (anzi quasi unicamente dovute), a trascuratezza o ignoranza nell'eseguire la cura stessa, anzichè alla inefficacia del rimedio.

Dunque, col chinino il malato sicuramente guarisce e « guarire un malarico, dice Baccelli, significa togliere un focolaio di contagio, significa prevenire la febbre nei sani », ma la cura deve essere energica e lungamente protratta.

Il chinino è inoltre ottimo profilattico, e per quanto, come dice il Rummo « non immunizzi al pari dei vaccini e dei sieri preventivi, pure quando si trovi in quantità sufficiente nel torrente circolatorio al momento della invasione degli ematozoari, ne arresta e distrugge la vitalità ».

Onde vari precetti devono esser tenuti di mira nella cura e profilassi della malaria nei soldati: 1° inviarli il meno possibile in licenza nel periodo estivo autunnale, se abitanti in luoghi malarici, tanto se affetti da malaria che sani, perchè nel primo caso possono esser il mezzo di contagio della popolazione civile, nell'altro caso, cioè se sani, possono ammalarsi di malaria ed al loro ritorno esser causa di contagio dei compagni d'arme; 2° nello stesso periodo estivo-autunnale non inviare in licenza malati di malaria neppure in luoghi di anofelismo semplice, giacchè abbiamo visto che esso può esser precario, come aveva già osservato il Celli (*Policlinico*, 1908, p. 1176), il quale dice che « tale precarietà può esser compromessa ogni volta che uno o più fattori indiretti, come la miseria, disordini di vita, ecc. si elevino a potenza »; 3° curare che i soldati prendano il chinino in presenza del medico, o di persona da esso delegata, tanto a scopo curativo che come profilattico, così si eviterebbe di veder girovagare tanti disgraziati, gialli e macilenti, da un ospedale all'altro e che (scientemente o meno), tante giovani energie sottraessero in un momento così solenne la loro attività alla patria.

Bientina, luglio 1917.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

(NOSTRI RESOCONTI PARTICOLARI).

Società Medica Chirurgica di Modena.

Seduta del 19 giugno 1917.

Sulla cura delle emorragie da inerzia dopo il secondamento.

Prof. RIZZATTI. — È noto come fra le cure che si consiglia di fare per prime nelle emorragie da inerzia, tutti i trattati e manuali indicano le lavande calde, a temperatura di 45°-50° centigradi. In generale si dice di usare il massaggio esterno, i preparati di segala cornuta, la borsa di ghiaccio, e, se questi non riescono, di passare ai mezzi interni: in primo luogo le lavande calde oppure fredde, poi se queste falliscono, il massaggio interno-esterno, e finalmente il tamponamento utero-vaginale.

Gli altri mezzi non valgono molto; 'l tamponamento, dà una elevata percentuale di febbre, anche se eseguito con ogni precauzione, servendosi, ad es., del tamponatore Block che conduce la garza del suo recipiente sterilizzato attraverso un tubo metallico direttamente nel corpo uterino, senza contatto colle vie inferiori.

Negli ultimi quattro anni ho adottato, con pieno successo, lavande caldissime, a temperatura molto superiore di quelle che furono fin qui indicate. Con saggi progressivi sono arrivato ad usare acqua tolta dal fuoco ed in ebollizione vera e propria.

Sui risultati di questo metodo di cura dirò questo: da quattro anni che lo uso non ho più fatto, nè in Clinica nè in Maternità, un tamponamento uterino per emorragia da inerzia. Sempre, e abbastanza rapidamente, ho sentito l'utero contrarsi ed ho visto arrestarsi l'emorragia.

Adottando le più minute cautele nella ricerca, ho riconosciuto che la temperatura che io portavo così nella cavità uterina oscillava fra i 55 ed i 75 centigradi.

Queste temperature sono tollerate benissimo dal corpo uterino: talora la donna si lagna del troppo calore ma si tratta di molestia sopportabilissima.

Mentre si fa l'iniezione intrauterina occorre mantenere in vagina un getto continuo di soluzione fredda, e se il raffreddamento non è sufficiente si provvede allora interrompendo per qualche minuto il getto caldo.

Questo metodo offre anche il considerevole vantaggio che rappresenta una disinfezione ideale, per intensità e per profondità, della cavità uterina e della decidua.

Si capisce che questo metodo richiede esattezza di indicazione. Non serve se l'emorragia dipende da lacerazione del collo o da ritenzione di lembi placentari. Ma questo vale per qualunque sussidio terapeutico ed il rilievo si fa solo perchè, essendo la cura delle emorragie *post partum* affidata molto spesso ai non specialisti è quella che più di frequente pecca per improprietà di intervento.

APPUNTI DI MEDICINA PRATICA.

CASISTICA.

La dispnea e l'acidosi.

(TH. LEWIS. *Lectures on the Heart*, 1915).

Spesso in clinica si osserva discordanza tra il grado della cianosi e l'intensità della dispnea; alcuni malati, assai cianotici, hanno poco affanno, almeno durante il riposo, mentre altri, molto affannati, hanno poca o niente cianosi. La dispnea è dovuta ad una speciale reazione del centro respiratorio, la cui sensibilità è grandissima alle varie modificazioni della crasi sanguigna. L'attività di questo centro è influenzata dal grado di acidità del sangue, sia che essa dipenda da anidride carbonica, sia da altri acidi non volatili. Secondo Leymann l'iniezione di sostanze acide nel sangue provoca la dispnea, mentre l'introduzione di alcalini produce apnea.

Esistono due tipi fondamentali di dispnea, a seconda che essa dipenda da accumulo di acido carbonico o di altri acidi non volatili. Nel primo caso la dispnea è essenzialmente da causa meccanica e si riscontra principalmente nelle affezioni cardiache dei giovani, sopratutto nella stenosi mitralica, nelle malattie congenite del cuore, nelle malattie polmonari, nelle ostruzioni delle vie aeree superiori. Clinicamente questo tipo presenta: cianosi proporzionale alla dispnea, dispnea poco notevole in riposo, ortopnea, ingorgo del fegato e delle vene, esagerazione della frequenza e dell'ampiezza dei movimenti respiratori alla compressione dell'addome.

Nella seconda forma di dispnea, in quella cioè per accumulo di acidi non volatili, il sangue presenta sempre una diminuzione della normale alcalinità, per la presenza di acidi, o di sali acidi non volatili. Essendo nel sangue la fissazione dell'ossigeno influenzata dal grado di acidità, o di alcalinità, questa fissazione si fa tanto meno bene per quanto più bassa è l'alcalinità del sangue. I caratteri clinici sono i seguenti: assenza di cianosi e di ortopnea, lieve ingorgo delle vene e del fegato, nessun miglioramento con le inalazioni di ossigeno, temperatura subnormale, tendenza al respiro di Cheyne-Stokes. Come affezioni causali si ricordano specialmente le lesioni cardio-arteriose gravi e le alterazioni renali. La dispnea da sforzo dipenderebbe in gran parte dalla presenza nel sangue di acido lattico derivante dalla contrazione muscolare: la dispnea diabetica sarebbe del pari dovuta alla acidosi (acido ossibutirrico). Infine anche nei casi di affezioni polmonari (polmoniti, ecc.) l'A. ha trovato una acidosi manifesta; ciò che spiega il fatto che la dispnea spesso è sproporzionata alla lesione polmonare localizzata. I due tipi di dispnea raramente sono isolati: spesso uno di essi è nettamente predominante, ed associati per l'unione delle cause meccaniche colle tossiche. Ciò non esclude che etiologicamente siano distinti. Sarebbe senza dubbio interessante poter determinare in ogni dispnea per acidosi quale è la sostanza acida, che debba essere incolpata della produzione del fenomeno.

P. C.

TERAPIA.

Il trattamento dell'epilessia.

Pershing (*Journal American Medical Association*, 1917, 15 settembre) dopo aver fatto presente che i casi di epilessia che cedono con maggior successo al trattamento sono quelli nei quali lo stato di salute generale del paziente è buono, e quelli nei quali gli accessi non sono molto frequenti e non sono accompagnati dai piccoli equivalenti, rileva che la condizione essenziale per la efficacia di qualsiasi trattamento è la costanza. La cura deve essere continuata per anni ed anni forse per tutta la vita senza mai sospenderla anche quando pare si sia verificato un effettivo miglioramento. L'epilettico deve prendere le sue medicine come un'abitudine indispensabile come quella di pulirsi i denti, di pettinarsi. La somministrazione del bromuro deve essere sospesa solo in eccezionali circostanze, come durante le gravi malattie acute, e sempre in seguito a suggerimento del medico. Talora si continua a non prendere il bromuro perchè la sospensione non ha prodotto alcun aggravamento, ma è vero invece che gli effetti nocivi non mancano mai sia pure a distanza di tempo.

La dieta dell'epilettico deve essere generosa e varia, ma mai eccessiva. Il pasto quotidiano unico ed abbondante è particolarmente dannoso. In ogni caso si dovrebbe fare al malato una lista scritta degli alimenti che sono consentiti e di quelli proibiti. Possono essere permessi le comuni carni fresche, il pollo, il pesce, le uova, le erbe e le frutta cotte, il pane di frumento, il caffè ed il thè leggero. Devono essere proibiti l'alcool, il tabacco, gli alimenti comunque conservati e specialmente quelli salati, i pasticci, i dolci, le noci ed in genere tutti quegli alimenti che contengono delle so-

stanze azotate difficilmente utilizzabili ed un grande eccesso di sostanze idrocarbonate.

La somministrazione del bromuro deve essere regolata in modo che esso in combinazione con altri medicamenti possa diminuire la frequenza degli accessi senza produr danno all'organismo. Per gli adulti è consigliabile cominciare dandone un grammo in un eccipiente liquido tre volte al giorno. Se gli accessi diminuiscono ma sopravvengono fenomeni di bromismo non bisogna sospendere la somministrazione ma diminuire di giorno in giorno la dose del 10-15 % fino a che scompaiono i fatti di intolleranza. La tolleranza può essere aumentata aggiungendo a ciascuna dose poche gocce di tintura di noce vomica o gr. 0,002-0.005 di cacodilato di soda. Se la quantità di bromuro non è capace di diminuire la frequenza degli accessi la si aumenta cautamente fino a trovare la dose giusta che deve essere mantenuta a lungo e poi nuovamente ridotta ma sempre con cautela. È necessario anche somministrare un lassativo ed a tale scopo risponde bene l'estratto fluido di cascara.

Nei casi nei quali la frequenza degli accessi classici diminuisce mentre permangono immutati i piccoli accessi non si otterrà gran che dalla somministrazione di una maggiore dose di bromuri; migliori risultati si ottengono con 10 gocce di tintura di digitale o con 3 cgr. di sparteina aggiunti a ciascuna dose di bromuro.

Se ci troviamo di fronte un sistema nervoso molto irritabile converrà dare della tintura di oppio. Talora si ha qualche vantaggio anche nella somministrazione di estratto di tiroide o di ipofisi, specie se la pressione vasale è bassa. Nello stato epilettico converrà dare cloralio e nei casi gravi fare inalazioni di cloroformio. Se sopravvengono disturbi della respirazione converrà ricorrere alle iniezioni di atropina e di stricnina.

a. a.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla morfologia della spirocheta ictero haemorrhagiae.

Mentre è generale, fra gli studiosi, l'accordo nel considerare i casi sin qui noti di spirochetosi itterica, osservati in località diverse presso tutti, forse, gli eserciti combattenti, come dovuti alla spirocheta tipica di Inada, invece le descrizioni morfologiche del germe differiscono spesso notevolmente, secondo i diversi autori.

In considerazione dell'importanza della questione morfologica, sopratutto per la posizione sistematica del germe stesso, che potrebbe ritenersi da alcuni di natura protofitica anzichè protozoaria, il prof. D. Cesa Bianchi (*Annali di Igiene*, agosto) ha fatto un accurato studio sulla morfologia di questa spirocheta, basato sopra un ricco materiale proveniente da virus diversi, seguìti attraverso parecchie centinaia di animali. La pubblicazione è corredata di tavole che riproducono oltre 200 forme di spirochete.

L'A. accenna dapprima ai diversi metodi di osservazione: i migliori risultati sono dati dall'osservazione in campo oscuro, con cui meglio risaltano l'eleganza, la flessuosità e la finezza. Con le diverse colorazioni (Giemsa, May-Grünwald, Burri, ecc.) si ottengono invece generalmente imagini grossolane.

La struttura tipica del parassita è quella offerta dalle forme omogenee a movimenti vivaci: esili filamenti, senza traccia di granulazioni, non molto rifrangenti la luce, con le estremità ricurve, che vibrando velocemente, conferiscono al germe l'aspetto che si approssima ad una cifra 8 allungata con occhielli terminali più o meno ravvicinati.

Le forme a struttura granulare, ed a maggior ragione quelle serpentine, le forme a struttura vescicolare, quelle presentanti gemmazioni, diramazioni laterali, ecc., debbono considerarsi come rappresentanti stati degenerativi del parassita, che va rapidamente incontro a fenomeni regressivi. Tali forme si osservano di fatto sia quando trascorre del tempo dalla morte dell'animale, sia lasciando invecchiare il virus, o in colture vecchie, oppure per l'azione del siero immune specifico, o della bile di bue o di coniglio a concentrazioni da 1 : 10 a 1 : 100.

Non hanno quindi ragione di essere le vedute di quegli autori, che hanno creduto di negare la natura spirochetica del parassita, avvicinandolo ai funghi inferiori. La sua forma invece rende assai probabile tale natura e permette anche di differenziarlo dalle forme spirochetiche fin qui note.

La mancanza poi di membrana ondulante e di flagelli, e la presenza invece di estremità ricurve, affilate, vivacemente vibranti, condurrebbe a collocare tale spirocheta fra le ematospirochete ed i treponemi.

FIL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(889) *Circolo ridotto di Ceci e Oppel.* — Al dott. P. C., abbon. n. 5058:

Per circolo ridotto di Ceci e Oppel s'intende la legatura simultanea della vena in caso di legatura di grosse arterie. Il Ceci nel 1904 sostenne che in caso di allacciatura della carotide primitiva per evitare le frequenti lesioni cerebrali consecutive dovute a disturbi circolatori del cervello, era utile praticare anche la legatura della giugulare interna. In questo modo si determinava un certo equilibrio nel circolo cerebrale e se l'afflusso arterioso e il ristabilirsi del circolo collaterale era in parte deficiente e difficile per le condizioni anatomiche e in alcuni casi per ragioni patologiche, l'ostacolo al deflusso venoso poteva riuscire efficace producendosi così nella zona corrispondente una specie di *circolo ridotto*, ma sufficiente.

Il Ceci estese poi la sua proposta anche ad altre grosse arterie, elevando il fatto a regola generale.

Oppel e la sua scuola provarono sperimentalmente l'importanza delle vene sul circolo arterioso collaterale, e precisarono il meccanismo con cui agisce la legatura venosa: interessanti sono sopratutto le ricerche del Nieille.

Oppel ha chiamato *circolazione ridotta* quella che si ha dopo la legatura dell'arteria e della vena principale di un arto.

Danis la chiama legatura compensata, e insiste sulla necessità che la legatura della vena venga fatta dopo quella dell'arteria.

Anche Nassetti e Fiori si sono occupati sperimentalmente dell'argomento. R. A.

(890) *Sui flemmoni provocati.* — All'abbonato n. 2401:

Nei numeri 22, 23, 37 pubblicati nel nostro periodico, sono riportati numerosi lavori sui flemmoni da sostanze chimiche, e in alcuni di essi è riportata anche la bibliografia, dove l'abbonato potrà trovare ogni esauriente spiegazione. Per la diagnosi differenziale tra ascesso chimico e ascesso batterico possono valere non solo i caratteri degli ascessi chimici riferiti nelle memorie citate, ma anche le prove sperimentali e microscopiche.

Iniettando negli animali l'estratto dell'ascesso chimico ottenuto con agopuntura asetticamente eseguita, non si ottiene riproduzione del flemmone. Esaminando al microscopio lo stesso estratto, non si osservano i germi della suppurazione. S'intende che le due prove hanno valore, solo se si ha a che fare con ascessi puramente chimici, e non con quegli ascessi prodotti bensì da petrolio, benzina, ecc. ma nei quali l'iniezione è stata praticata con un istrumento settico e ha dato quindi luogo ad una forma mista, batterica e chimica, o si è prodotta un'infezione secondaria per la via ematica, come spesso suole accadere.

L'odore dell'estratto di un ascesso chimico, solo eccezionalmente dà sicuri elementi diagnostici. A. A.

(891) *Sulla cura delle otiti medie catarrali croniche.* — All'abbon. n. 1529:

Nelle otiti medie catarrali croniche la cura col « processo di Politzer » sia per essere troppo protratta, sia perchè fatta troppo violentemente, può apportare uno sfiancamento della membrana timpanica — visibile all'esame otoscopico — che si manifesta coi sintomi soggettivi dell'aumentata ipoacusia e della sopravvenienza di rumori — se prima non ve n'erano — o col peggioramento di quelli che preesistevano.

Il paziente continuando la cura suddetta aggrava le sue condizioni mentre spesso il sospenderla — se l'integrità anatomica della membrana non fu eccessivamente lesa — può essere sufficente per un miglioramento. In caso di sfiancamento grave fu preconizzato l'uso di una gocciolina di collodion sulla membrana.

T. MANCIOLI.

(892). All'abbon. n. 1577:

I bacilli tubercolari del latte vengono uccisi da una temperatura di 70°C che duri per 15 minuti.

A questa temperatura, di « pasteurizzazione », le vitamine non vengono distrutte. L. V.

(893) Al dott. A. T., abbonato n. 532:

Per il caso suo è consigliabile il seguente libro: A. Ascoli, *Sierologia*, presso l'Istituto Sieroterapico Milanese; lo stesso Istituto ha fatto anche diverse pubblicazioni, che distribuisce gratis ai medici, e che trattano appunto degli elementi di immunologia. Come buon manuale di tecnica potrebbe consultare: Citron, *I metodi dell'immundiagnosi ed immunterapia.* Unione tip. edit. Torinese. FIL.

(894) Al dott. F. L., Zona di guerra, A. M.

Che io mi sappia, non esiste fino ad ora un'opera italiana *completa e moderna* sulla sifilide. V. M.

(895) All'abbon. n. 5810:

Suggeriamo: J. Castaigne e F. X. Gouraud, *La tuberculose.* Paris, A. Poinat editore, 1912.

R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

(Non si recensiscono che i libri pervenuti in dono alla Redazione)

BASSETT JONES and J. LLEWELLIN. *Malingering or the simulation of disease.* Editore W. Heinemann, Londra. Prezzo, scellini 25.

La letteratura sulla simulazione delle malattie si è andata in questi ultimi anni sviluppando ed arricchendo di pregevoli contributi. La assicurazione sugli infortunî degli operai, l'assicurazione per le malattie già in atto in molti paesi si sono aggiunte agli altri motivi di simulazione delle malattie, donde la necessità di ricercare i mezzi per svelare gli inganni. Questa necessità è stata ancora più sentita durante la guerra che costringendo i cittadini di ogni paese al sacrificio della libertà, della salute e della vita ha costituito il vivaio più propizio per ogni sorta di frode. Tutto quanto si conosceva sulle simulazioni e sui mezzi atti a svelarle era indicato in sparse monografie e su libri che a dir vero non avevano il merito della completezza. E si può dire che non tutto ancora era stato scritto.

Il libro di Bassett Jones e Llewellin è veramente il primo che abbia la forma e la sostanza di un trattato organico, completo. Esso naturalmente ha un indirizzo affatto pratico: le quistioni teoriche sono accennate unicamente in quanto debbono essere tenute in considerazione per avvalorare o escludere il sospetto di simulazione, o in quanto giovino a render conto della efficacia e della sicurezza dei metodi suggeriti per svelare l'inganno.

Questo trattato costituisce ora una guida preziosa per il medico-legista militare, ma sarà sempre indispensabile per l'infortunista e per un futuro, che ci auguriamo non lontano, per il medico che dovrà provvedere a che la promessa legge sull'assicurazione delle malattie degli operai non si risolva in una nuova sorgente di frodi e di sperperi dell'economia nazionale.

DR.

I. LÉPINE. *Troubles mentaux de guerre.* Collection Horizon. Prezzo L. 4. Editori Masson et C.ie, Parigi.

Questo manuale completa quelli già pubblicati nella Collezione Horizon su argomenti analoghi. Non è una trattazione di psichiatria generale ma la descrizione dei fenomeni morbosi che colpiscono la psiche del soldato durante e per ragione della guerra. Sono con fine spirito d'osservazione considerati i disturbi psichici acuti e cronici nel loro processo evolutivo, nella loro fenomenologia clinica. Uno speciale capitolo è dedicato al trattamento dei soldati malati di mente, ed alla loro utilizzazione sopra tutto per i fini militari.

È un libro molto interessante e che merita d'essere consultato da ogni medico militare.

a. a.

ZIMMERN et PÉROL. *Électrodiagnostic de guerre.* Collection Horizon. Prezzo L. 4. Editori Masson et C.ie, Parigi.

La patologia di guerra ha messo ancora più in evidenza la importanza dell'elettrodiagnostica e si sentiva il bisogno di un libro che riassumesse gli elementi per le necessità cliniche di guerra ed i risultati non trascurabili dell'esperienza stessa della guerra. Il manuale di Zimmern e Pérol colma a tale riguardo una lacuna. Nel loro libro essi passano successivamente in rivista la tecnica dell'elettrodiagnostica, le anomalie delle reazioni elettriche e le cause di errore, l'elettrodiagnostica nelle paralisi motrici, nei disturbi sensitivi e sensoriali e la sua importanza medico-legale. *a. a.*

VARIA.

Latte vegetale.

Viene usato in Inghilterra ed è estratto dal grano di soja. Esso sarebbe, chimicamente, identico al latte di mucca: i princiPî alimentari vi sarebbero rappresentati nella stessa proporzione, ed equivalenti sarebbero le proprietà nutritive. Vi mancano però gli enzimi del latte di mucca, che potrebbero venirvi introdotti con una coltura di fermenti lattici.

Il fascicolo 12 (15 dicembre 1917) della nostra SEZIONE CHIRURGICA contiene i seguenti lavori:

I. Dott. UGO STOPPATO - *Il trattamento pre- e post-operatorio dei feriti dell'addome.*

II. Dott. R. CINAGLIA - *Alcune considerazioni sulla cura dell'ipertrofia della prostata.*

III. Dott. ANGELO CHIASSERINI - *Lesioni sperimentali dell'ipofisi.*

Il fascicolo 12 (1 dicembre 1917) della nostra SEZIONE MEDICA contiene i seguenti lavori:

I. Prof. ANGELO SIGNORELLI - *Criterî che ci devono guidare nella diagnosi della tubercolosi polmonare.*

II. Dott. LUIGI MANGINELLI - *Nuovo reperto radiologico nell'invaginazione ileo-colica.*

III. Prof. PAOLO ALESSANDRINI - *L'analisi del dolore gastrico in rapporto all'esame radiologico.*

IV. Dott. CARLO GUARINI - *Indagini radiologiche sulle ossa soprannumerarie e sui sesamoidi del piede.*

V. Prof. Dott. GUSTAVO QUARELLI - *Della vaccinazione per via endovenosa con vaccino autogeno contro la meningite cerebro-spinale epidemica.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Una nuova tappa verso l'equità.

Il nuovo decreto che regola le dispense e gli esoneri dal servizio militare dei laureati in medicina e chirurgia costituisce sensa dubbio una prova che il Ministero della guerra e per esso i dirigenti del servizio sanitario dell'Esercito hanno la migliore disposizione a risolvere equamente i problemi che fin dal principio della guerra prospettammo su questo giornale. E d'altra parte costituisce la dimostrazione evidente della necessità più che dell'utilità della istituzione della Direzione della Sanità Militare, ossia di un organo che possa convenientemente considerare e risolvere le quistioni riguardanti quel ramo affatto speciale, quasi un innesto del personale militare, che è rappresentato dagli ufficiali medici.

Attraverso tutte le sue varie disposizioni, attraverso tutte le citazioni dei precedenti decreti reali o luogotenenziali, il recentissimo decreto mira a distribuire equamente fra tutti i medici obbligati alle armi l'onere e l'onore del servizio militare. Non è dubbio che le autorità competenti un po' per constatazione diretta, un po' per le sollecitazioni che venivano d'ogni parte, si era reso conto di questo inconveniente, che cioè, per motivi più o meno legittimi, una certa parte di giovani medici era rimasta nelle proprie residenze, accanto al proprio focolare, lasciando ai più anziani e talora ai molto anziani la gloria ed il carico di andare a prestare la propria opera in prima linea.

Che si avesse una esatta nozione di questo sconcio è provato dalle varie provvidenze del Ministero della guerra intese ad eliminarlo. Ma purtroppo gli espedienti escogitati, le disposizioni adottate non colpirono giusto e la disparità di trattamento, con la conseguente azione sullo stato d'animo dei danneggiati, fu solo limitata, non scomparve.

Lo stesso Ministro della guerra nella relazione che precede il decreto di cui ci occupiamo, riconosce che moltissimi medici, relativamente giovani e fisicamente idonei, non hanno passato un sol giorno di servizio militare, perchè le pubbliche amministrazioni, cui erano addetti, ne ottennero in tempo utile la dispensa; mentre moltissimi altri, indubbiamente capaci di sostituire i primi nei servizi civili, sono alle armi dal principio della guerra, anche se appartenenti a classi più anziane. Di siffatta sperequazione (alla quale solo in parte è dato riparare con le ordinarie provvidenze di avvicendamento) può soffrire il morale della massa, con ovvie ripercussioni sull'efficienza del servizio.

Queste le parole del Ministro che suonano come sanzione ufficiale di quanto noi con insistenza che potè sembrare perfino noiosa abbiamo sostenuto su questo giornale.

Ma a parte ogni ragione di soddisfazione personale non si può non esser lieti nel constatare che chi ha la responsabilità del servizio segua con vigile ed intelligente cura lo stato d'animo del personale e cerchi con ogni mezzo di eliminare quelle cause di malcontento, che non si sono finora risolute e non si risolveranno mai a danno del servizio, perchè i medici hanno sicura la coscienza del proprio dovere, la coscienza che la loro missione è al disopra di ogni malcontento e di ogni recriminazione.

Il nuovo decreto oltre a disciplinare in modo generale ed uniforme la materia delle dispense e degli esoneri per tutti i medici aventi obblighi militari integra il decreto luogotenenziale 17 novembre 1916, che prescrive che ai medici delle classi 1884 e più giovani non possa essere concessa dispensa od esonero in nessun caso, disponendo che i medici di classi meno giovani ma non appartenenti alla milizia territoriale (1882-1883) possano essere esonerati soltanto se inabili alle fatiche di guerra, escludendo invece questa condizione per tutte le classi più anziane.

D'altra parte vien revocata la dispensa ai sanitari che non abbiano prestato un anno di servizio in zona di guerra, sostituendoli nelle amministrazioni civili con altri che tale servizio abbiano prestato.

Il decreto, senza dubbio, è bene congegnato perchè mentre risponde a criterii di equità mette a disposizione dell'esercito un rilevante numero di medici non ancora svigoriti dalle fatiche di guerra, rendendo così possibile a quelli che da tempo della guerra sopportano il maggior peso il ritorno all'assistenza civile ed in numero sufficiente, perchè essa, che fa sentire ora forse più che in tempi normali le sue esigenze, possa essere convenientemente curata.

Ma perchè la legge sia buona, ossia perchè abbia pratica efficacia, occorre che sia scrupolosamente, severamente applicata. È necessario che chi deve applicare il decreto ora pubblicato ne comprenda bene lo spirito e sopra tutto comprenda bene l'attuale momento psicologico, le necessità del momento. Nel decreto stesso son fatti qua e là accenni a dispense ed esoneri per medici la cui opera sia riconosciuta indispensabile ed insostituibile. Chi ha compi-

lato il decreto ha certo voluto con opportuna cautela prevedere i casi eccezionalissimi, i casi di vera e propria *indispensabilità personale*, i quali a dir vero non possono essere che rarissimi. Adoperiamo questi *superlativi* perchè chi deve intenda.

Al riguardo costituisce una sicura garanzia la presenza del Presidente del Consiglio degli ordini dei medici nelle rispettive Commissioni Provinciali. Ad essi specialmente incombe il dovere di invigilare a che non si compiano favoritismi o abusi attraverso rappresentazioni di necessità funzionali o di indispensabilità personali non rispondenti alla realtà. Essi infatti hanno una più esatta conoscenza dei bisogni sanitarî dei vari centri e delle attitudini professionali di ciascun medico e godono la fiducia di tutti i colleghi da cui ripetono il delicato mandato loro commesso. Non mancano loro davvero nè la competenza, nè l'autorità.

Ma oltre a ciò abbiamo fiducia che questo senso di equità e di giustizia che ci viene dall'alto avrà la sua suggestione su quelli che del decreto dovranno essere gli esecutori e quelli che dovranno subirne le conseguenze. Ho detto subirne le conseguenze, ma avrei dovuto dire trarne profitto. Ora più che mai si deve sentire il bisogno di essere soldati. In quest'ora fosca non si può più tergiversare, aggrapparsi a disposizioni o ad eccezioni di legge per negare assistenza a chi con immensi sacrifici, con la propria salute, con la propria vita, difende, con la sorte del nostro paese, la libertà del mondo. E ogni medico che ora cercasse di sottrarsi al proprio dovere, più che di viltà sarebbe reo di tradimento.

PANGLOSS.

Cronaca del movimento professionale.

Nuovo decreto per l'esonero dei medici dal servizio militare.

È stato firmato dal Ministro della Guerra il seguente Decreto:

Art. 1. — La dispensa da qualunque chiamata alle armi è concessa ai laureati in medicina e chirurgia, i quali:

a) siano funzionari di ruolo dell'amministrazione sanitaria, centrale e provinciale, del Ministero dell'interno;

b) o si trovino nelle condizioni previste dall'art. 5 del R. decreto 13 aprile 1911, n. 374;

c) oppure siano stati, prima dell'inizio della guerra, assunti stabilmente in servizio presso una pubblica amministrazione, e l'opera dei quali sia riconosciuta indispensabile ed insostituibile.

Art. 2. — La temporanea esonerazione dal servizio militare è concessa ai laureati in medicina e chirurgia:

a) delle classi 1881 e più anziane, semprechè siano stati, prima dell'inizio della guerra, assunti stabilmente in servizio presso una pubblica amministrazione, e la loro opera sia riconosciuta indispensabile e insostituibile;

b) delle classi 1882 e 1883, qualora concorrano le stesse precedenti condizioni e risultino essi altresì presunti inabili permanentemente alle fatiche di guerra.

Art. 3. — Rimangono in vigore tutte le disposizioni del decreto luogotenenziale 12 novembre 1916, n. 1529.

Art. 4. — Così la dispensa come la temporanea esonerazione, di cui agli articoli precedenti, sono concesse dal ministro della guerra.

Art. 5. — Nei casi previsti dalle lettere *a*) e *b*) dell'art. 1, la dispensa è concessa sulla presentazione di un certificato del capo dell'amministrazione o dell'ufficio competente, dal quale risulti il possesso dell'impiego che è riconosciuto come titolo alla dispensa.

Nei casi previsti dalla lettera *c*) dell'art. 1 e dall'art. 2, la decisione è preceduta dal parere motivato di una commissione, la quale ha la sua sede presso la prefettura di ciascuna provincia, ed è composta del prefetto, che la presiede, del medico provinciale, del presidente dell'ordine dei medici, del comandante il distretto militare da cui dipende il capoluogo della provincia, e di un ufficiale superiore medico effettivo designato dal Ministero della guerra.

Art. 6. — La dispensa accordata ai termini delle lettere *a*) e *b*) dell'art. 1 è revocata quando sia venuto a mancare, nel militare dispensato, il possesso dell'impiego per il quale era stata concessa.

Negli altri casi la dispensa, nonchè la temporanea esonerazione, sono senz'altro revocate quando siano venuti a cessare i motivi per i quali erano state conferite; e possono inoltre essere revocate, per quei laureati in medicina e chirurgia, i quali non abbiano prestato almeno un anno di servizio militare in zona di guerra, semprechè sia possibile assicurare, mediante la loro surrogazione, la continuità e la piena efficienza del servizio per il quale avevano ottenuto la dispensa o la esonerazione.

Il Ministero della guerra, in questi ultimi casi, provvederà alla adeguata e previa sostituzione del sanitario, al quale la dispensa od esonerazione viene revocata, con altro il quale abbia prestato almeno un anno di servizio in zona di guerra.

Art. 7. — La revoca della dispensa o della esonerazione è determinata dal Ministero della guerra.

La decisione, tranne nei casi previsti dal primo comma del precedente articolo, dev'essere preceduta dal parere motivato della commissione istituita con l'art. 5.

Quando questa siasi espressa in senso contrario alla revoca, il Ministero della guerra non potrà procedere alla revoca stessa senza il previo parere del Ministero dell'interno, salvo che trattisi di revoca accompagnata dalla surrogazione del sanitario, come all'ultimo comma dell'articolo precedente.

Art. 8. — I capi di amministrazioni dalle quali dipendono i militari laureati in medicina e chirurgia dispensati o esonerati a norma del presente

decreto, debbono immediatamente partecipare al comandante il distretto militare le variazioni che avvengono nella posizione dei militari stessi e che possono comunque importare la cessazione del beneficio.

I capi stessi sono tenuti all'osservanza delle norme, e soggetti alle sanzioni penali, stabilite dal R. decreto 29 aprile 1915, n. 561.

Ai militari esonerati è applicabile l'art. 5 del decreto medesimo.

Art. 9. — Le disposizioni del presente decreto si estendono anche ai laureati in medicina e chirurgia in servizio presso le associazioni di soccorso (Croce Rossa Italiana e Sovrano Militare Ordine di Malta).

Art. 10. — I ministri della guerra e dell'interno sono autorizzati ad emanare le norme occorrenti per l'attuazione del presente decreto, che resterà in vigore dal giorno della sua pubblicazione per la durata della guerra.

Ci risulta che saranno quanto prima emanate dal Ministero della guerra le norme per l'applicazione del presente decreto. Non mancheremo di pubblicarle.

Ordine dei medici di Udine. — L'Ordine dei medici di Udine, ricostituito a Bologna, ha inviato ai soci la seguente circolare:

Egregio Collega,

Noi ben sappiamo con quanto amore ed attività, con quanto spirito di abnegazione e di sacrificio Voi esercitate il vostro ministero e sappiamo anche come dovunque il bisogno lo richieda Voi non mancate di portar sollievo allo spirito travagliato ed accasciato dalle molteplici pene della guerra.

Di questo anzi in particolare noi Vi siamo grati, onde vi preghiamo vivamente a perseverare nella vostra opera patriottica.

Se non che su di un fatto importante noi intendiamo oggi richiamare la vostra attenzione.

Vi sono dei perversi che sfruttando le ansie, i dolori, i lutti delle povere famiglie cercano di eccitare nella popolazione il malcontento e d'inasprire contro la guerra. È un lavoro occulto, assiduo, diuturno, che si fa sopra tutto tra le donne e la gente ignorante, consigliando agitazioni e sommosse col miraggio di una pace immediata.

Orbene contro queste insidie che minacciano la resistenza della fronte interna Voi dovete mettervi in guardia. Il pericolo è molto grande! Ma Voi con la vostra parola potete portare un fascio di luce dove ad arte si vuol fare il buio. Spiegate gli scopi altamente civili e nazionali dell'attuale guerra di fronte all'inumana barbarie del nemico e mantenete viva e salda la fede nelle nostre armi e nella vittoria, che non potrà mancare. Tutti desideriamo ardentemente la pace, ma vogliamo che essa sia reale e duratura. Se i nostri figli, i nostri fratelli fanno il loro dovere sulla fronte compiendo atti di valore dovremo noi mostrarci indegni dei loro sacrifici? E chi davanti all'ombre dei nostri Eroi morti oserà macchiarsi di viltà?

Tale dunque compito prezioso noi caldamente raccomandiamo a Voi in questo momento decisivo della nostra Patria, in cui gli sforzi ed i sacrifici di tutti devono moltiplicarsi.

Date, o collega, tutte le vostre energie di mente e di cuore affinchè trionfi la nostra giusta e santa causa e come vigile sentinella sorvegliate e difendete gli spiriti dall'azione tossica dell'accennato insidioso veleno e rincorate sempre gli animi e rinsaldate le coscienze, che la Patria Vi sarà certamente grata.

Voi farete così opera meritoria, non inferiore a chi vigila i nostri confini, a chi combatte nelle trincee.

I Consiglieri dell'Ordine dei Medici
Pennato, Angelini, Zatti, Chiesa, Liuzzi, Franz.

Per i medici rurali di Roma. — La Giunta Municipale, accogliendo una domanda presentata dagli interessati, ha deliberato di proporre al Consiglio una indennità mensile di lire 30 ai medici condotti effettivi del Suburbio e dell'Agro Romano, con decorrenza dal 1° gennaio 1917, e per tutto il tempo in cui durerà lo stato di guerra.

Il provvedimento trova giustificazione nel fatto che questi medici percepiscono ora uno stipendio annuo di lire 4500, nel quale è compresa la somma corrispondente alla spesa per provvedersi e mantenere i mezzi di trasporto necessari: vettura, carrozzella, cavallo, ecc., ecc. Ora è ovvio che, dato lo stato di guerra, cotesta spesa può bene considerarsi almeno raddoppiata, onde il provvedimento di cui è caso.

ATTI PARLAMENTARI.

Ufficiali medici colpiti dai limiti d'età.

All'on. Loero, che interrogava il ministro della guerra per sapere se non ritenga opportuno, dato il prolungarsi dell'attuale guerra, collocare fuori quadro gli ufficiali medici che sono colpiti dai limiti di età onde poter agevolare la carriera ai tanto benemeriti ufficiali del Corpo sanitario, il generale Giardino rispondeva:

« Il collocamento fuori quadro di ufficiali in soprannumero alle tabelle annesse al testo unico delle leggi sull'ordinamento del Regio esercito non può essere consentito se non da riconosciuta necessità di aumentare il personale per accresciute esigenze dei servizi nella misura dell'effettivo bisogno.

« Usare del provvedimento di collocare fuori quadro alcuni ufficiali unicamente per agevolare la carriera degli altri, per quanto benemeriti, come quelli del Corpo sanitario, sarebbe snaturare l'istituto e violare principii fondamentali di legge creando un precedente gravissimo, che potrebbe essere fonte di abusi senza limite.

« Inoltre, essendo la soppressione in tempo di guerra del collocamento a riposo per limiti di età, espressamente disposta dalle leggi sull'avanzamento (art. 58 della legge 2 luglio 1896 e art. 28 della legge 8 giugno 1913), il collocare fuori quadro gli ufficiali che sarebbero stati colpiti dai limiti di età, si risolverebbero in sostanza in un modo di eludere anche quelle disposizioni.

« Provvedimenti di collocamento fuori quadro furono peraltro già adottati e in notevole misura anche nell'ambito degli ufficiali medici, in relazione alle tanto accresciute esigenze dei servizi sanitari; così per procedere alla costituzione delle nuove unità furono collocati fuori quadro 40 capitani col regio decreto 8 novembre 1914, n. 1248; 30 capitani col regio decreto 15 novembre 1914, n. 1262; 3 colonnelli col regio decreto 13 maggio 1915, n. 621; 30 tenenti colonnelli e 48 maggiori col decreto luogotenenziale 9 dicembre 1915, n. 1757.

« In tal guisa e con le promozioni per merito eccezionale la carriera degli ufficiali medici è stata già notevolmente agevolata; ma date le grandi benemerenze da essi acquistate in questa guerra, l'onorevole interrogante può essere sicuro che il Ministero della guerra studierà e coglierà ogni occasione propizia che permetta di migliorare ancora la carriera ».

Promozione di capitani medici.

All'on. Mancini il ministro della guerra generale Giardino rispondeva in proposito:

« I capitani medici provenienti dai medici civili rispetto agli altri ufficiali di complemento, medici o non, hanno avuto il vantaggio di essere stati ammessi alle armi direttamente nel grado che rivestono (art. 57 della legge sull'avanzamento e relative norme esecutive: Circolare 734 del *Giornale Militare,* 1916) mentre gli altri ufficiali di complemento sono ammessi nell'esercito col grado di sottotenente, qualunque sia la loro coltura e professione.

« Essi inoltre possono, per l'acquisizione di nuovi titoli o pel maturarsi dei loro anni di esercizio, ai sensi della citata circolare 734, aspirare anche a promozioni che vanno fino al grado di tenente colonnello, mentre invece gli altri ufficiali medici di complemento, i quali non provengono dai medici civili, per l'art. 47 della legge sull'avanzamento, non possono raggiungere che il grado di tenente, o quello di capitano, solo se prestano servizio in zona di guerra. (Circolare 752 del *Giornale Mil.*, 1916).

« Come rilevasi da quanto si è esposto i capitani medici di complemento, come tutti gli altri ufficiali provenienti dai medici civili, sono in una condizione privilegiata rispetto agli altri ufficiali medici pure di complemento ma di altra provenienza.

« Nel momento attuale questo Ministero non può concedere ulteriori vantaggi di promozioni ai capitani cui accenna l'onorevole interrogante, sia perchè lo vietano le vigenti disposizioni (citato articolo 47), e sia perchè pur disposto a riesaminare la quistione benevolmente si urterebbe contro un criterio fondamentale di legge che nelle promozioni per anzianità non può esser trascurato, quello cioè che le promozioni degli ufficiali di complemento debbono procedere di pari passo con quelle degli ufficiali in servizio attivo permanente di pari grado: difatti i capitani in parola sono tutti di anzianità posteriore al giugno 1915, mentre i capitani medici di anzianità 1913 sono ancora ben lungi dalla promozione ».

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

Servizio medico militare. — All'abb. n. 4321:

Trascorsi i quattro mesi di congedo il collega dovrà ripresentarsi alla commissione di Firenze e naturalmente il nuovo giudizio potrà per avventura modificare quello precedente. Non essendo la sua malattia dipendente da cause di servizio non gli spetta lo stipendio durante il periodo del congedo.

Al dott. M. C. da F.:

Non essendo inabile *a tutti i servizi* il collega non può chiedere l'assimilazione. Circa la concessione di restare, dopo nominato ufficiale medico, a prestare il proprio servizio nell'attuale residenza, è subordinata alle decisioni del locale Direttore di Sanità territoriale.

All'abb. n. 1281:

Non avendo Ella prestato mai alcun servizio le verrà probabilmente in primo tempo conferito il grado di tenente. Più tardi, dopo comprovata la sua idoneità a coprire il grado superiore, potrà far domanda di esser nominato capitano, avendo più di 15 anni di laurea.

All'abb. n. 4928:

Nella eventualità che le venga revocato l'esonero Ella verrà assunto in servizio come soldato di sanità, sia abile o no ad incondizionato servizio, solo fino a che non presenterà regolare domanda per essere nominato ufficiale.

Per avere tale nomina non occorre alcuna nuova visita, ma solo la presentazione dei titoli onde stabilire il grado che le compete.

M. G.

AVVERTENZA:

I quesiti pervenuti successivamente a quelli a cui si risponde nel presente fascicolo, avranno risposta nel 1° fascicolo della prossima annata, che si pubblicherà il 1° gennaio 1918. Ciò per norma di quegli associati che hanno scritto o che volessero scrivere per sollecitare riscontro.

La Redazione.

CONDOTTE E CONCORSI.

MEDICINA SOCIALE.

Dispensarî antitubercolari e la legge Orlando.

Il prof. E. Cioffi, in un pregevole articolo pubblicato ne *La Tribuna* del 6 dicembre, rileva che da diciassette anni, da quando cioè s'è iniziato un vero movimento antitubercolare in Italia, dopo il Congresso di Napoli, Leghe e Comitati non sono riusciti a dare all'Italia che dieci sanatori e, tra ospedali e sanatori, non più di quattromila letti per il ricovero degli ammalati. Risultato meschinissimo, quando si pensa che negli Stati Uniti le associazioni antitubercolari, e sopratutto lo Stato, hanno fatto veri miracoli in poco meno di dieci anni: nel 1910 esistevano 115 sanatori, oggi ne esistono 600; dieci anni or sono si avevano 15 dispensari antitubercolari, oggi se ne contano 400.

Gli ammalati di tubercolosi in Italia sono 500,000; ed ammesso che soltanto 200,000 avessero bisogno di ricovero perchè in condizioni di non poter uscire di casa, occorrerebbero 1000 *sanatori,* della capacità ognuno di 200 persone. Computato che ogni sanatorio costasse non meno di *un milione,* occorrerebbe *un miliardo,* cifra semplicemente fantastica e di assoluta e disperante inattuabilità, non solo dal punto di vista economico, ma sopratutto di tempo.

Riesce evidente che occorrono nuovi metodi e nuovi sistemi per ottenere la soluzione del problema in un tempo più o meno breve.

La legge Orlando ci offre il mezzo di passare sopra antichi pregiudizi, perchè nella relazione è consacrato il principio dell'*isolamento* degli ammalati in speciali luoghi di cura.

È urgente sovratutto dare ricovero ai nostri soldati che prodigarono il loro sangue generoso per la patria e che dai terribili disagi della guerra e dalle fatiche esaurienti ritrassero il terribile morbo.

Ed allora perchè non ospitare tanti infelici non già in monumentali sanatori ed ospedali tetri, ma in case modeste, pulite, areate, dove avessero a sufficienza medicine e cibi e l'assistenza fraterna dei sanitari? Perchè non dar ricovero a questi martiri in Colonie Sanitarie che conferiscano l'impressione di trovarsi nella propria casa? Basterebbero duecento Colonie Sanitarie che ricoverassero ognuna mille ammalati, cioè un nucleo di venti modeste case di cemento armato a due piani, capienti 50 letti. La spesa non potrebbe essere superiore ai 2 o 300 milioni.

Dobbiamo portare la nostra attenzione anche sui dispensari antitubercolari, che rappresentano la sintesi dei mezzi preventivi e di ambulatorio efficaci. Per essi il Governo ha stabilito un sussidio.

Esistono in Italia Istituti scientifici ed ospedali, che ne hanno già fatto funzionare durante la guerra e prima. Il Governo pensi che è logico e giusto dare la preferenza, nell'accordare sussidi e dotazioni, a questi istituti che hanno già pronti i locali, i gabinetti ed il personale tecnico.

L'A. richiama l'attenzione in proposito sul dispensario diretto dal prof. Castellino e annesso alla sua clinica; esso accoglie un numero enorme di malati e da due anni fornisce gratuitamente medicine e vitto.

Al principio dell'anno scolastico da sanitari esperti saranno visitate le abitazioni di ogni ammalato per istruire le persone di famiglia sulla rigorosa separazione degli ammalati dai sani, per dare istruzioni sulle disinfezioni degli espettorati, delle suppellettili e degli ambienti allo scopo di evitare i contagi.

A cominciare dai Gabinetti batteriologici e di radiologia, e a finire a tutti i mezzi per procedere agli esami relativi di reazione tubercolinica e di serologia, il dispensario è fornito di quanto occorre per un Istituto degno di figurare annesso ad una grande Clinica Medica a Napoli.

Il prof. Castellino ha concepito un *Istituto* che racchiudesse un programma completo di lotta antitubercolare, a cominciare dalla visita, dalle medicine e dal vitto a favore degli ammalati, dalla protezione delle famiglie a mezzo delle vaccinazioni antitubercolari, a finire ad un sistema di propaganda igienica, a mezzo di frequenti conferenze per difendersi dal terribile morbo, infiltrando nel popolo norme e principî sani d'igiene.

E' già tutto pronto per la pubblicazione di un giornale a grandissimo tiraggio diretto al popolo ed ai medici, dal titolo *La Propaganda antitubercolare*. Esso vivrà di vita propria.

Sono anche gettate le basi di una vasta *Associazione Antitubercolare del Mezzogiorno,* di cui fanno parte uomini giovani ed energici, che affidano per le loro forze intellettuali e per spirito di modernità. Saranno evitati i personaggi decorativi.

Di tale Associazione il giornale *La Propaganda Antitubercolare* sarà l'organo attivo e propulsore.

Ecco il programma dell'*Istituto antitubercolare,* nelle sue grandi linee, cui il Governo dovrebbe esser largo di generose dotazioni, perchè possa rispondere alle sue alte idealità. L. P.

NOTIZIE DIVERSE

Il 2° Congresso Americano dell'infanzia.

Questo Congresso, pel quale fu scelta a sede la città di Montevideo, avrà luogo dal 17 al 24 marzo 1918.

Il Comitato esecutivo è presieduto dal prof. Morquio. I lavori verranno ripartiti in 4 sezioni: Medicina e chirurgia infantile; Igiene e assistenza; Insegnamento; Sociologia e legislazione.

Commissione per l'igiene scolastica.

Sotto la presidenza dell'on. Roth si è adunata al ministero della P. I. una Commissione reale, incaricata dello studio dei problemi relativi all'igiene scolastica. Nell'adunanza venne stabilito il programma dei futuri lavori, il cui fine è la generalizzazione dei metodi profilattici nelle pubbliche scuole.

La Commissione, nominata qualche anno fa, non aveva mai funzionato.

L'Istituto di Maternità a Catania.

Il 23 novembre u. s. ebbe luogo in Catania la cerimonia della posa della prima pietra dell'Istituto di Maternità e del Brefotrofio « Regina Elena », che sorgeranno in breve, per volere del Consiglio di amministrazione dell'Ospedale Vittorio Emanuele. La Maternità avrà la capacità di 150 letti e il Brefotrofio potrà ospitare 100 bambini e 50 balie.

La Cassa Nazionale Infortuni al Comitato d'Organizzazione Civile.

La Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro ha versato alla cassa del Comune di Roma la somma di L. 30.000, come spontaneo contributo dell'Istituto a beneficio dell'assistenza civile per le famiglie dei nostri soldati combattenti.

Elargizione del prof. Rovighi.

Il professore Alberto Rovighi, ordinario di patologia medica alla R. Università di Bologna, ha trasmesso con una nobilissima lettera al Ministro della guerra, generale Alfieri, un vaglia di lire 5000, frutto dei suoi risparmi che egli offre con animo ardente d'amore patrio e perchè il Ministro voglia compiacersi d'inviarle al generale Diaz, acciò se ne valga nel modo che crederà più opportuno, ad esempio, quale premio a dieci fra quei soldati, e famiglie dei soldati, che mostrarono maggior valore nella necessaria resistenza.

Il generoso oblatore si augura che la sua offerta possa valere a stimolare altri ad azioni più efficaci.

Per onorare la memoria del chimico inglese Ramsay.

Ad iniziativa del senatore prof. E. Paternò si è costituito un Comitato nazionale per onorare la memoria del celebre chimico inglese sir Williams Ramsay, lo scopritore dell'argon e dell'helion, morto nel luglio 1916 a Londra.

Il Comitato ha lo scopo di promuovere in Italia sottoscrizioni analogamente al Comitato costituitosi in Inghilterra, il quale si propone di raccogliere una somma considerevole per istituire alcune pensioni scientifiche ed un grande laboratorio.

Il Comitato inglese ha delegato per l'Italia il sen. Paternò.

Il premio Noebel per la pace

è stato conferito per il 1917 al Comitato Internazionale della Croce Rossa, che ha sede a Ginevra.

La diazo-reazione abbandonata negli Stati Uniti.

Il *Journal Am. Med. Assoc.* informa che i laboratori della Direzione di sanità dello Stato di New York, avendo assodato che su 1700 urine esaminate almeno 250 davano una diazoreazione positiva nelle più svariate forme morbose, sono venuti nella determinazione di non eseguire ulteriormente una reazione che si manifesta del tutto inutile.

L'alimentazione in Germania.

A Berlino la razione alimentare *settimanale* consta di 1,950 gr. di pane, 250 di carne, 50 di burro, 30 di margarina, 100 di pasta e 100 di orzo. (*Berliner Tageblatt*, 16 sett.).

La dissenteria in Prussia.

Dal 30 settembre al 6 ottobre sono stati colpiti dalla dissenteria in Prussia 2840 individui e ne sono morti 416. (*Berl. Kl. Woch.*, 29 ottobre).

Per la produzione del grasso in Germania.

Per la trasformazione dei residui alimentari in grasso Engel propone di allevare su di essi le larve di mosca, le quali hanno la proprietà di convertire in grasso le proteine e gl'idrocarbonati, e di estrarne poi il grasso. Queste larve contengono circa il 4.5% di grasso.

Indice alfabetico per materie.

Anofelismo senza malaria: precarietà . Pag. 1492
Apparecchio conta-pannilini per laparotomie . . . . » 1487
Atti parlamentari . . . . » 1499
Circolo ridotto di Ceci e Oppel . . . . » 1497
Dispnea e acidosi . . . . » 1495
Emorragie da inerzia uterina dopo il secondamento: cura . . . . » 1494
Epilessia: trattamento . . . . . . » 1495
Flemmoni provocati . . . . Pag. 1497
Otiti medie catarrali croniche: cura . . » 1497
Servizio medico militare: una nuova tappa verso l'equità . . . . » 1497
Spirocheta ictero-haemorrhagiae: morfologia . . . . » 1496
Stati convulsivi ancora mal definiti . . » 1481
Tubercolosi: dispensari e legge Orlando » 1500

Il fascicolo 52 contenente il frontespizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1° fascicolo dell'annata XXV uscirà il 1° gennaio 1918.

Roma 1917 - Stab. Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, *resp*.